INDICE

I. INDICE ALFABETICO DEGLI AUTORI

II. INDICE ALFABETICO DELLE MATERIE

B

D

E

F

T

U

V

X

Z

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SULL'ISCURIA PROSTATICA

pel Prof. ***Bottini***

Il Prof. Bottini in un suo nuovo lavoro sull'iscuria prostatica pubblicato sotto forma di lezioni nella *Clinica Moderna* (n. 10-11-16-17-25 del 1899) espone con mirabile chiarezza il risultato dei suoi studi sopra questa infermità, basato sopra originali ricerche anatomiche che hanno portato l'Autore a perfezionare il trattamento radicale dell' iscuria prostatica modificando il suo noto metodo di incisione termogalvanica della prostata.

Notevoli sono le ricerche sulla struttura della prostata che portano nuova luce. La parte muscolare dell' organo si può dividere in *avventizia ed intima*. La prima è costituita da lacerti striati derivati dal **M.** ***uretralis transv.*** (Krause) e questo muscolo è quello che funge da sfintere volontario con cui si può interrompere a volontà l' emissione dell' urina. La parte intima, ovvero conglobata nel contesto ghiandolare, è costituita da fasci muscolari lisci che derivano, secondo le pazienti indagini del Bottini direttamente dal detrusore vescicale i cui fasci circolari funzionerebbero come un altro sfintere vescicale. La disposizione tanto delle fibre lisce come delle striate è circolare o moniliforme attorno al collo vescicale ed uretra prostatica che a mò d'imbuto ne prolunga l'estensione.

Ora l'incisione di questo sfintere muscolare, in qualsiasi punto avvenga dell'orificio interno del canale uretrale, ne apre l'jato altrimenti permanentemente chiuso, e questa apertura è costante sia che l' incisione sia fatta sul promontorio dovuto alla esorbitanza prostatica, come in un punto diametralmente opposto. Tale concetto terapeutico che a tutta prima potrebbe sembrare un paradosso decorre liscio e razionale dallo studio della struttura anatomica e della fisiopatologia dell'iscuria prostatica. Ciò valse a semplificare la tecnica operatoria ed a renderla prontamente efficace.

Da alcuni anni il Bottini non attacca più il promontorio od il lobo ipertrofizzato, ma incide nella valle ai piedi dell'emergenza, e direttamente di fronte alla medesima sul segmento anteriore del collo vescicale e relativo imbuto prostatico. Emerge la razionalità del concetto dalla considerazione che evitando la parte esuberante ed incidendo sopra parte sana si raggiunge più presto il cercine fibroso che a mo' di sfintere chiude il meato urinario interno. La tecnica così è assai più facile poichè è evidentemente più facile di portare lo strumento nell'infondibolo, dove tende a cadere, che ad addossarlo ed a mantenerlo sul vertice d'un promontorio conico. Con tale procedimento poi gli effetti salutari sono spesso immediati e l' operato riesce ad orinare da se poco dopo l'operazione.

È questa una modificazione geniale e che solo poteva essere ispirata da uno studio profondo della anatomia e da una originale speculazione della fisiopatologia prostatica.

In un'altra parte del lavoro il Prof. Bottini riassume il risultato delle sue ricerche sopra un grande numero di prostate alterate. Egli era propenso a distinguere gli ingrossamenti prostatici in *totali e parziali* ritenendo i totali siccome indifferenti e morbigeni i parziali. E ciò sta nella grande maggioranza dei casi. Prostate voluminose ma uniformemente sviluppate non provocano urostasi, mentre ingrossamenti parziali, pure esigui, promuovono pertinaci iscurie. È però mestieri che nell' esuberanza totale vi sia una completa armonia di sviluppo, imperocchè se un lobo prende il sopravento allora entra nel dominio delle parziali colle relative conseguenze.

Distingue ancora le esuberanze prostatiche in *eccentriche e concentriche.* Le prime sono innocue come che non alterano il lume dell' uretra prostatica, vale a dire non promuovono alcun ostacolo alla uropoesi; le seconde, per contro, sono morbigene, provocando un impedimento. Tra queste due varietà potrebbe annoverarsi una terza di ipertrofia *mista,* ma egli però preferisce di comprendere questa nelle concentriche essendo l'esuberanza interna quella che interclude il libero efflusso dell' orina. Allorquando l' ingrossamento eccentrico non è uniforme diventa morbigeno ostacolando lo sgorgo dell'orina: l'occlusione però non è così grave come negli ingrossamenti concentrici. In questi casi l' ostacolo si verifica per *deviazione* del canale pur essendone rispettato il lume.

Gli ingrossamenti concentrici dànno senza contrasto il maggior contingente di occlusioni disuriche e si possono distinguere in totali e parziali secondo che l'esuberanza riguarda una parte ovvero la intiera ghiandola prostatica. Il lobo che frutta maggiori impedimenti alla emissione dell'orina è il lobo medio, vuoi solo, vuoi associato all'ingrossamento d'un lobo la-

terale. Per il lobo medio non richiedesi un grande sviluppo per intercludere l'egresso dell'orina, basta una piccola intumescenza centrale per chiudere ermeticamente l'orificio interno del canale uretrale. Gli ingrossamenti laterali più nocivi sono i mono-laterali, talchè alcuni infermi affetti da disuria per eccedenza di un lobo, migliorano quando l'ipertrofia si diffonde all'altro lobo così che urtandosi vicendevolmente di fronte mantengono beante il canale uretrale.

In base alle ricerche istiopatologiche il Bottini distingue gli ingrossamenti prostatici in *fibrosi*, *ghiandolari*, *misti*. Esclude dal loro novero il sarcoma ed il carcinoma. Per *fibrosi* intende le vere eccedenze prostatiche composte da tessuto fibroso: non devonsi confondere colle ipertrofie le *sclerosi* che anzi sono contradistinte da una *ipotrofia*. L'ingrossamento fibroso è raro e si limita a piccole dimensioni: trovasi solo nella vecchiaja inoltrata e dà un minore contingente alla iscuria: trattasi di un vero tessuto fibroso con elementi molto addensati come si possono rinvenire in un tessuto fibroso da cicatrice. Volta a volta si trovano fasci di fibre lisce, il tessuto fibroso è però in massa predominante. La forma *ghiandolare* pura è più frequente della fibrosa ed è propria della virilità ed esordio dell'età senile. È più occlusiva della fibrosa ed è raro di vederla limitata ad un solo lobo. Nel contesto esistono talora piccole cavità cistiche: dà facilmente sangue, alla pressione, l'ingrossamento è assai sensibile ed i fenomeni di occlusione si sviluppano rapidamente. Può confondersi col carcinoma midollare: un'attento esame clinico però ne la fa distinguere senza grandi difficoltà. Le forme *miste* adeno-fibrose sono le più frequenti ed assumono le proporzioni più considerevoli: si trovano in tutte le età tanto dopo il 50° anno come dopo l'80°. La forma mista può invadere tutta la ghiandola o limitarsi ad un lobo: più frequentemente è diffusa con preminenza di un lobo determinato. Predilige i lobi laterali. è assai rara nel lobo medio isolato. La consistenza dell'ingrossamento è abbastanza soda e compatta, senza avere però la resistenza e durezza della forma fibrosa: il contesto è lacerabile ed è quello che offre il miglior terreno alle false strade. Nella forma polilobata si sollevano fra i lobi delle pieghe uretrovescicali, valvole o barriere che contribuiscono ad aggravare la disuria, ed altro vantaggio della modificata tecnica sta ancora nella facilità di distruggere tali sepimenti i quali, incidendo non più sul vertice ma alla base delle procminenze, cadono tosto sotto l'incisione.

Sono annesse al lavoro splendide tavole dove sono raffigurati preparati istologici e pezzi patologici interessanti dal Bottini raccolti e conservati nel Museo dello Spedale di Novara dove egli aveva iniziati i suoi studi sull'argomento oltre venti anni addietro.

LEZIONI ORIGINALI

I Clinica medica della R. Università di Napoli diretta dal prof. E. DE RENZI

SULL'AFASIA

Lezione raccolta da *Alfonso Pirera* assist. straord.

Oggi vi mostro un'ammalata che offre il quadro sintomatico indicato sotto il nome di *afasia*.

L'afasia nel senso medico comune, deve indicare l'impossibilità di congiungere il simbolo all'idea, quindi l'impossibilità di parlare e di scrivere.

Che cosa sono le parole? Sono dei simboli convenzionali. Questo si chiama *cappello*, ma potrebbe chiamarsi anche in altro modo. Siccome, però, colla parola cappello è stato indicato sempre quest'oggetto, così questa parola stessa è diventata il simbolo che indica questo dato oggetto.

Invece di questo simbolo fonico, noi possiamo avere un simbolo scritto.

Questo corrisponde alle singole parole scritte, e quindi io posso comunicare agli altri, posso esprimere ad essi le mie idee, sia per mezzo della parola verbale, sia per mezzo dei simboli letterarii.

Se io scrivo un opuscolo, se scrivo un libro, io comunico in questo modo le mie idee.

Ora è la soppressione, è la mancanza di questi simboli, verbali e scritti, che produce e costituisce il difetto del linguaggio, non il difetto delle idee, ben s'intende. Ed io, in ciò, credo di trovarmi in un campo un po' diverso da altri, ma io non posso adattarmi al pensiero che l'alterazione delle idee sia una forma di alterazione del linguaggio. Per aversi il linguaggio in generale, ci vuole l'idea: questa idea è un presupposto: l'alterazione del linguaggio può essere indipendente dal difetto delle idee.

Per es.: voi dite che un individuo è paralitico se non può muovere un muscolo per difetto nervoso: ma se un individuo ha perduta una gamba, voi non lo direte paralitico. Allo stesso modo si deve ragionare per individui che soffrono di digestione, ecc.

In un individuo si tratta di afasia quando si verifica un disturbo nei centri motori o sensoriali del linguaggio.

Nella parola abbiamo a notare due elementi: un elemento sensitivo ad un elemento motore, l'elemento sensitivo, o percettivo, e l'elemento motore od espressivo.

Noi impariamo a parlare con la visione degli oggetti e coll' adattare il simbolo, la parola all'oggetto stesso.

Per es.: ogni volta si mostra quest'oggetto. si dice la parola *carta*. Allora si ha l'impressione sensitiva, che viene cioè per mezzo degli occhi, la visione della carta, ed alla visione di questa, poi, si lega la parola *carta*.

Il linguaggio dapprincipio è rudimentale, è mimico, è affettivo. Per es: anche in coloro che incominciano ad imparare a parlare, nei fanciulli, od in coloro che rimangono fanciulli per tutta la vita, negl'idioti, noi vediamo che, se essi hanno un'impressione piacevole, contraggono il volto a riso: se hanno impressioni tristi, essi piangono. Orbene, con questo linguaggio mimico, semplice, essi esprimono i loro sentimenti.

Oltre a questo linguaggio mimico si verifica pure un linguaggio fonico, che dapprincipio è semplicissimo. Vi sono delle lettere che si pronunciano prima: *l'a, l' e, l'o;* poi si formano delle sillabe più complesse, sopratutto: *ma*, *pa*, ecc. Orbene, il fanciullo e l'idiota pronunciano sopratutto quelle sillabe per le quali si ha un'impressione tattile per mezzo delle labbra. Così le lettere palatine tardano a comparire nel linguaggio, perchè il palato è meno sensibile. Ond'è che i fanciulli, anche intelligenti, per molto tempo dicono *tonfine*, invece di *confine*. ecc.

Orbene, questo linguaggio affettivo, di poche lettere, di poche sillabe e che suona sempre lo stesso, questo linguaggio voi lo verificate poi negli ammalati, i quali hanno una specie di reversione. Cosicchè quest'inferma, che presenta una vera afasia completa, avrà un linguaggio puramente mimico: come si accorge di non parlare bene, essa si atteggia all' ira. Essa dice alcune lettere, p. es: il *p*. essa dice *pa;* alcune volte, però, non ci riesce, ed allora si dispera, si dimena, porta le mani al capo, ecc. *Ca* non lo dice, p. es., invece dice sempre *ma*.

Dunque in questa signora il linguaggio comune è distrutto, ed esso è uguale a quello che spetterebbe alla signora stessa, se lei avesse solo un anno di età: la differenza sta in ciò, che qui vi è l'intelligenza sviluppata.

La ricchezza del linguaggio viene col tempo. Di fronte ad un contadino dei nostri monti, che ha un linguaggio ristretto, onde ogni parola deve esprimere molti fatti, molti sentimenti, di fronte a questo contadino avete il linguaggio di una persona istruita, che ha letto molto, ecc. Voi vedete questa differenza anche tra i fanciulli e gli adulti, fra i popoli selvaggi ed i popoli civili. Nei fancinlli, p. es., la parola *ma* costituisce il simbolo della donna in genere, come la sillaba *pa* esprime l'uomo in generale.

Poco alla volta, però, il vocabolario si arricchisce. Voi lo vedete: nelle iscrizioni cuneiformi dei Persiani si riconosce soltanto un numero di parole che non arriva a 500: nei geroglifici egiziani se ne contano fino a 1000; finchè si arriva, poi, al sommo scrittore inglese S h a k e s p e a r e, in cui si hanno ben 15000 parole!

Nell'espressione del linguaggio noi troviamo la legge dell' onomatopea: voi trovate che il linguaggio è onomatopeico, vale a dire che esso è dapprincio imitativo, poi diventa ideativo.

Ora il linguaggio dapprima veniva compreso come una funzione motrice: quindi si diceva che, quando un individuo non può parlare, esso perde una funzione motrice. Quando io parlo ho un'onda motrice che pone in azione i muscoli del linguaggio e quindi si ha la parola. Si può, poi, avere la *disartria,* se è alterata l'onda motrice; l'*anartria* se essa manca completamente.

Ora che cosa occorre per aversi la pronuncia della parola?

Se io voglio pronunziare una parola, ho bisogno prima di un atto espiratorio: l'aria passa attraverso il laringe e mette in vibrazione le corde vocali, fa vibrare queste linguette e si ha il suono, la parola.

Ma, per aversi la parola, ci vogliono anche atteggiamenti speciali dei muscoli del laringe, del palato molle, della bocca ecc. Voi, dunque, troverete la disartria, se vi è alterazione dell'onda motrice troverete l' anartria se l' onda motrice manca completamente.

L'afasia è diversa dall' anartria, perchè in essa manca non la esplicazione periferica, meccanica della parola, ma l' immagine motrice della medesima.

Vi sono 4 centri principali del linguaggio: due motori e due sensitivi.

I due primi sono: il centro di B r o c a o centro della parola articolata, ed il centro di E x n e r-C h a r c o t, o centro grafico. I due centri sensitivi sono: il centro acustico o centro di W e r n i c h e ed il centro visivo della

parola. Corrispondentemente a questi centri si hanno 4 afasie: due motrici e due sensitive.

Le afasie motrici sono: l'*afasia motrice classica*, alla quale vanno soggetti gli analfabeti e coloro che sanno leggere. È l'afasia motrice *tipo Broca*.

L'ammalato in questo caso non può parlare, esso non ha più l'immagine motrice corrispondente alla parola.

L'ammalato, p: es: ha l'idea della sedia, ma è perduta l'immagine motrice della parola *sedia*. È questa l'afasia meglio studiata: essa è molto importante.

Abbiamo, poi, l'altra afasia motoria, che è l'*afasia grafica*.

Viene, quindi, l'afasia sensoriale che si distingue anch'essa in 2 forme: *afasia uditiva* o *sordità verbale*, *afasia visiva* o *cecità verbale*.

Occupiamoci dell'afasia motrice.

È quella che è stata studiata meglio e prima delle altre: gli studii precedenti si riferiscono al tipo Broca.

Noi sappiamo come dall'epoca di Bouillaud (e notate che fu verso il 1825) si ammise che l'alterazione della parola fosse dovuta ai lobi frontali.

Poi, nel 1836, Dax ammise che l'alterazione della parola si trovasse a sinistra, nel cervello sinistro. Fu Broca, poi, che nel 1861 indicò esattamente la lesione dell'afasia motrice nella 3ª circonvoluzione frontale sinistra e proprio nel piede di essa. Voi sapete che le circonvoluzioni frontali sono: l'ascendente, la frontale superiore, la media e l'inferiore: queste circonvoluzioni si distinguono anche col nome di 1ª, 2ª e 3ª circonvoluzione frontale.

La 3ª circonvoluzione, di Broca, corrisponde all'ultima.

Qui vi sono degli schemi, dei modelli in gesso, dove potete vedere abbastanza bene queste circonvoluzioni. In quest'altro cervello, poi la vedete anche più nettamente, perchè trovate tinta in bleu tutta la zona rolandica. Vedete, poi, quì, una tinta rossa, la plica curva. Quì vedete la prima temporale, dove è il centro della parola udita, centro del Wernicke.

Sarebbe bene che voi studiaste queste cose su dei cervelli umani di fresco preparati: sarebbe utile che voi studiaste accuratamente le diverse circonvoluzioni del cervello, la loro disposizione, i loro rapporti, ecc.

Orbene, il centro della parola parlata è situato in corrispondenza del piede della 3ª circonvoluzione frontale del lato sinistro, la così detta circonvoluzione di Broca. Distrutta questa parte del cervello, si ha l'afasia motrice, l'afasia di Broca.

Questa può essere di grado diverso: vi sono, infatti, individui con afasia motrice, che non possono pronunziare neanche le vocali, i monosillabi: altri, invece, pronunziano anche le parole.

Voi studiando questi ammalati, vi accorgete che essi pronunziano parole semplicissime, che sono quelle che sono rimaste più impresse nella mente loro. Così la nostra ammalata pronunzia la sillaba *ma-osisi*, *aroto*, sono parole che spesso persistono negli afasici. Voi domandate a quest'inferma: « Come state? », ed essa vi risponde « mammà » dopo si accorge di avere sbagliato e s'irrita. Quest'ammalata presenta afasia presso che completa. In generale queste persone afasiche pronunciano qualche parola, ma in numero di 4 o 5.

Quando voi avete l'afasia motrice, prima di tutto dovete difendervi da una possibilità di errore. L'ammalato, cioè, può avere le immagini motrici delle parole, e può tuttavia non parlare perchè sono in lui paralizzate p. es. le fibre nervose e le fibre muscolari di quei muscoli che sono necessarii per l'articolazione delle parole. Voi vi accorgete, allora, che quest'individui producono dei suoni, bene o male; vedete inoltre che essi leggono, ecc. insomma essi non hanno perdute le altre espressioni del linguaggio: tutto il difetto riguarda insomma la esplicazione meccanica delle parole.

Orbene; quest'ammalata ha una discreta forza negli arti, i muscoli della lingua, della bocca, ecc. si muovono bene, onde essa non è affetta da alcuna paralisi e si tratta quindi, in lei, di afasia motrice.

Viene ora la seconda forma di afasia motrice, l'afasia grafica. Occupiamoci di questa.

Vi sono degl'individui che possono esprimere le proprie idee colla scrittura. Il centro grafico della parola deve trovarsi in corrispondenza dei centri motori degli arti, e quindi in corrispondenza della zona rolandica. Più precisamente esso si trova nel piede della 2ª circonvoluzione frontale, cioè presso il centro motore dell'arto superiore, rappresentando una specializzazione del centro motore generale.

Se un individuo, per esempio, è paralitico

a destra, esso può imparare a scrivere a sinistra: qualche individuo privo di mano ha imparato perfino a scrivere coi piedi: occorre però sempre l'immagine motrice della parola nel cervello.

Nell'agrafia è distrutta appunto l'immagine grafica delle parole. Quest'ammalata, che ha l'afasia motrice, ha anche l'afasia grafica.

Essa scrive la prima lettera del suo nome, poi la seconda (più di rado) ma non può scrivere tutto il nome suo: essa, dunque, ha perduta la facoltà di scrivere: agrafia. Quando, poi, scrive le lettere maiuscole per le lettere minuscole, e viceversa allora si ha una specie di eco, sono alcuni centri inferiori che entrano in funzione.

E veniamo alle afasie sensitive.

Insieme alle alterazioni motorie sopradescritte, e qualche volta anche in modo isolato, si è visto pure un disturbo sensitivo, un'afasia sensitiva. Questa si divide in due forme. La prima di queste corrisponde all'afasia sensoriale del Kussmaull o del Wernicke, *sordità verbale*. Che s'intende per sordità verbale?

Supponiamo che quest'ammalata fosse affetta da sordità verbale: essa sentirebbe il rumore di una cannonata come quello di una mosca, ma non riunirebbe l'idea col simbolo, vi sarebbe cioè afasia sensitiva. Supponiamo che l'inferma fosse affetta da sordità verbale: io direi a lei: «datemi il cappello» ed essa non eseguirebbe l'ordine: essa udrebbe le mie parole, ma queste non risveglierebbero in lei alcuna idea. L'ammalata di sordità verbale, insomma, non sente in modo da comprendere, da intendere ciò che le si dice.

Abbiamo detto che oggi si ammettono 4 centri per il linguaggio: due motori e due sensitivi. Or bene fra questi ultimi vi è il centro acustico, che è il più importante di tutti. Infatti, è tale il numero delle immagini, hanno tanta importanza queste immagini acustiche nello sviluppo dell'intelligenza, che la intelligenza stessa diviene assai attutita quando esse vanno perdute. Nella formazione del linguaggio l'immagine acustica è sopra tutto preponderante. Essa è una specializzazione della facoltà del sentire.

Noi ascoltiamo ogni rumore: a questa facoltà, che si osserva anche nel neonato e negli animali, noi vediamo aggiungersi, nell'adulto col tempo, una specializzazione. Sappiamo che gli organi, in generale, dapprincipio sono semplici, ma poi si specializzano.

A misura che il fanciullo cresce cioè, si sviluppa, in quel campo generico, una facoltà, che è quella di far corrispondere il simbolo alla parola che si sente.

Ora, in quella parte del cervello dove si trova il centro uditivo, là si deve trovare il centro della parola udita. Questo centro uditivo si ammette nella 1ª e 2ª circonvoluzione temporo-sfenoidale di sinistra.

Gli studii fatti da tanti osservatori hanno dimostrato che il centro della parola udita si trova verso la parte media della 1ª circonvoluzione temporale. Un individuo che ha una lesione in quel punto perde la facoltà di sentire le parole.

Alcune volte questa facoltà è solamente diminuita: altre volte è abolita completamente; l'ammalato, cioè, non comprende affatto le nostre parole.

(*continua*)

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA MEDICA CHIRURGICA DI MODENA

Presidente Vassale

Seduta del 30 maggio 1899

(nostro resoconto particolare)

***Patrizi*. Riflessi vascolari nell'uomo.** — Riferisce circa una serie di esperienze sui riflessi vascolari nell'uomo (*Tipi di reazione vaso-motrice*) fatte sotto la sua guida dallo studente Arturo Casarini allievo nel laboratorio di fisiologia. Nell'esporre succintamente i metodi di indagine, dà i dettagli del guantone volumetrico Patrizi, di cui si giovò il Casarini per le numerosissime osservazioni (intorno a 2300) su numerosi soggetti (oltre 80) e della maniera di inscrivere il momento e la durata dello stimolo, provocatore del riflesso vascolare, sulla stessa curva pletismografica, senza turbare la continuità, il livello e la figura del polso. Venendo ai risultati, li riassume dicendo che il Casarini, coll'autorità della grande copia di osservazioni, afferma qualche dato prima non del tutto sicuro; ad esempio la diversità di latenza e di profondità tra riflesso *vascolare-sensitivo* (latenza appena 3'') e riflesso *vascolare-sensoriale* (latenza oltre 3'' e ½): intendendo per il primo la reazione vasomotrice che consegue alla stimolazione della pelle, e per il secondo il riflesso che tien dietro a stimolazione cerebrale. Il Casarini inoltre mette fuori di dubbio l'esistenza d'un legame funzionale dell'apparecchio vasomotore con una qualità (variabile con gli individui) meglio che con un'altra dello stimolo.

Aggiunge poi che il **Casarini** ha stabilito le categorie di *vasomotore-visuale* e *vasomotore-uditivo*, le quali gli daranno motivo, in una prossima comunicazione, di un parallelo con i tipi visuali o uditivi-mentali.

G. Mazza. **Sulla sede istologica della bolla nei pemfigo.**—Contrariamente ai reperti di alcuni osservatori (Riehl, Sirskey, Du Mesnil de Rochemont, Kromayer, Luithlen) ed alla interpretazione data ai reperti medesimi, dimostra, in base a preparati presentati alla Società e riferentisi alle ricerche proprie, la possibilità che la bolla nel pemfigo sia epidermica.

Tale possibilità trova appoggio nei seguenti fatti: 1. La buccia della bolla è costituita dal semplice strato corneo ridotto a striscia esilissima. 2. Frammisto all'essudato corpuscolato del contenuto bolloso esistono delle forme epiteliali degenerate. 3. Là ove il derma trovasi quasi allo scoperto le cellule cilindriche dello strato basale che rimangono non sono in mitosi, ma questo si osserva invece nelle cellule vicinali ai margini della bolla. 4. La base della bolla è formata dalla rete malpighiana le cui cellule si presentano in parte deformate per compressione dell'essudato.

In quanto al significato dato dal Luithlen alla scomparsa delle fibre elastiche nella genesi della bolla subepidermica, i risultati delle ricerche del Mazza non si accordano con quelli di quest'autore.

Casarini. **Adeniti veneree suppurate in rapporto alle stagioni.**—Negli anni 1896, 97,98, 99 ha tenuto dietro alla frequenza dell'*adenite suppurata da ulceri veneree, in rapporto alle stagioni*, e se nei primi due anni i risultati confermarono quello che già aveva osservato il prof. Tommasoli a Modena, un minimo nella primavera e un massimo nell'autunno, negli anni 1898-99 trovò il maggior numero dei casi nei mesi primaverili. Dopo avere esposto le idee degli osservatori in proposito (Mastrosimone, Colombini, Mensa, Garavaglia) egli è d'avviso di non potersi per ora dedurre spiegazioni ipotetiche sul fenomeno, ma doversi seguitare l'osservazione nella speranza che l'esame attento degli ammalati dia la chiave che serva a spiegare la cosa sulla base dei fatti obiettivi e non già su mere ipotesi.

A. Monari. **Alcune ricerche sulla patogenesi della clorosi.**—Le recenti comunicazioni sull'argomento, fatte dall'Arcangeli e dal Moscucci, hanno spinto a render conto dei risultati di alcune fra le numerose ricerche, che da tempo va eseguendo sul medesimo soggetto, e le cui conclusioni possono così riassumersi. 1. L'opoterapia ovarica, sotto forma di ovarina Merck nella maggior parte dei casi studiati fu completamente inefficace, in qualcuno dannosa. 2. Il danno in ordine alla crasi sanguigna, si esplicò con leggere diminuzioni del valore emoglobinico, dello isotonismo, e del numero dei globuli rossi. 3. L'urotossia, il coefficiente urotossico, e la cuprotossia aumentarono in tutti i casi; solo in uno quest'ultima diminuì. 4. L'eliminazione dell'azoto totale in due osservazioni aumentò fino a superare la media di quello introdotto, in una diminuì appena. 5. I fenomeni subiettivi si aggravarono. Fra gli obiettivi notò transitori aumenti nel numero delle pulsazioni, delle respirazioni, della temperatura che in qualche caso divenne febbrile. 6. L'unica influenza benefica sembrò consistere in una regolarizzazione delle mestruazioni, e nel risveglio delle medesime, in quelle che ne erano prive. 7. Come di regola, con la cura ferruginosa per iniezioni ipodermiche e l'idroterapica, il miglioramento fu costante e generale, e ciò quantunque abbia potuto constatare che i tabloidi di ovarina Merck contengano ferro e manganese. 8. L'ablazione delle ovaie in un sol tempo in giovani coniglie e cagne, non modificò in modo sostanziale e durevole la crasi sanguigna. 9. Le coniglie in un tempo relativamente breve muoiono con fenomeni comatosi, e la morte non è spiegabile collo studio batteriologico del sangue, mentre la asportazione in due tempi e a distanza è ben sopportata. 10. Nel periodo precedente di regola la morte nelle coniglie ovariotomizzate in un sol tempo, l'iniezione di estratto ovarico o l'ingestione forzata di ovarina non inducono che transitorio aumento della temperatura, e un fugace risveglio nella vivacità dell'animale. 11. Il sangue mestruo delle clorotiche è più tossico di quello di donne sane. 12. In esperienze comparative sui gas del sangue, il contenuto in gas apparve minore nella clorosi in confronto alle oligoemie comuni. Il potere di assorbimento risultò invece minore in queste che in quella. 13. Il siero delle clorotiche mostrò sempre in grado maggiore o minore un manifesto potere globulicida per il sangue sano e per quello proprio. 14. Il sangue delle clorotiche, studiato batteriologicamente, dette sempre risultato negativo. 15. In varie specie di animali (cani, conigli, cavie) nel sangue di un'arteria e della vena omologa del tenue si trova la stessa quantità di emoglobina, ma il sangue venoso all'opposto di quanto avrebbe notato Fochheimer, è più ricco di globuli rossi, mentre i globuli bianchi e la resistenza non offrono che variazioni di nessun conto. 16. Ripetendo l'indagine in altri animali dopo il digiuno protratto, non si ebbe quale variante notevole, che un numero maggiore di emazie nel sangue dell'arteria. 17. Dopo la coprostasi provocata negli stessi cani il valore emoglobinico diminuì, ma nelle medesime proporzioni nelle due qualità di sangue; il maggior numero di globuli rossi si ebbe nell'arteria, eccetto che in una osservazione; i globuli bianchi aumentarono in genere assai. Lo stesso

avvenne dell'isotonismo ed a prevalenza nel sangue venoso. 18. Il peso specifico tanto in condizioni normali che dopo il digiuno o la coprostasi, si mostrò un poco più alto nel sangue venoso, pur offrendo una diminuzione costante in confronto al normale.

A. Boccolari e G. Panini. **La tubercolosi nel Comune di Modena dal gennaio 1890 al 31 dic. 1898**—Comunicano la prima parte di uno studio da essi iniziato sulle condizioni della tubercolosi nel Comune di Modena. Premesse le fonti dalle quali trassero i dati e detto del modo della compilazione delle schede personali, riferiscono come nel periodo sopra citato la mortalità per tubercolosi raggiunse la cifra di 3802 che messa in rapporto colla popolazione dà un quoziente del 35,8 e che posta in confronto colla mortalità totale verificatasi per qualsiasi causa, da un quoziente medio di 112,5 per mille; i quali dati senz'altro stanno a dimostrare come il Comune di Modena abbia sacrificato un forte contingente di vittime alla tubercolosi.

I morti per tubercolosi vengono in seguito studiati per sesso, risultandone, e nella cifra complessiva e quasi in ogni anno, una maggior prevalenza di quelle delle femmine su quelle dei maschi. Segue il confronto fra la mortalità avutasi in ogni anno colle relative mortalità generali e colla popolazione.

La mortalità generale per tubercolosi viene studiata quindi per età, risultandone che il gruppo nel quale è più frequente è quello fra i 21 e i 30 anni.

Nello studio della frequenza delle morti per tubercolosi per mesi e per stagioni, hanno notato che l'inverno e la primavera diedero maggiore contingente di morti che non l'estate e l'autunno.

Compiuto così lo studio statistico sulle cifre complessive, delle morti per tale causa, queste vengono divise in cinque categorie e cioè tubercolosi generale, tubercolosi meningea, tubercolosi degli organi respiratorii, tubercolosi degli organi digerenti, scrofolosi.

Esposte le cifre riferentesi alla mortalità di ciascuna di tali categorie, e detto come la tubercolosi degli organi respiratori dia il 744,0 per mille, ognuna di tali categorie, viene successivamente studiata per anno, per sesso, per età, per mese.

Infine gli autori riferiscono i risultati statistici ottenuti dallo studio della tubercolosi in generale e nelle sue varie forme in rapporto alle varie professioni studiate negli individui dei due sessi morti in età superiore ai 15 anni.

Boccolari e Panini presentano 25 tabelle statistiche e si riservano di comunicare al più presto le successive indagini sull'argomento e cioè sulla mortalità per tubercolosi in relazione al luogo ove avvennero le morti e sulle influenze meteorologiche, e di riferire le ulteriori conclusioni del loro lavoro statistico, ad ogni modo da quanto hanno esposto risultando chiaramente che la tubercolosi nel Comune di Modena dà un elevato quoziente di mortalità, giudicano che anche presso di noi sia urgente e doveroso provvedere a rimuoverne le cause.

P. Bertacchini. **Teratogenesi e morfogenesi negli anfibi anuri** — In questa serie di ricerche si è proposto di determinare quale concorso ogni singola regione dell'orlo blastoporico presti alla formazione del dorso embrionale e dove si disponga il materiale embriogeno dopo che ha fatto parte del labbro del blastoporo. Nella seduta odierna riferisce solo quei risultati che riguardano la formazione della testa e l'influenza che le lesioni della testa hanno sullo sviluppo del resto del corpo, risultati che sono i seguenti:

1. Quando l'orlo di invaginazione del blastoporo è formato solo per un breve tratto dal segmento dorsale, la lesione del punto mediano di questo segmento porta ad anomalie della faccia e specialmente della regione orbitale. Specialmente in 3 embrioni di 12 giorni di sviluppo le anomalie orbitarie sono caratteristiche, di essi, uno è privo di occhi e di orbita (anoftalmia), uno ha un occhio unico in una unica orbita e uno presenta due occhi contigui in un'orbita comune (ciclocefalia). 2. Quando l'orlo di invaginazione è formato nella metà o nei 2|3 anteriore del blastoporo, la lesione del punto mediano di questa regione porta ad anomalie della regione encefalica della testa, che vanno dalla completa anencefalia alla completa scissione. 3. Ledendo il mezzo dell'arco anteriore del blastoporo quando il suo orlo è tutto formato ma più marcato anteriormente che posteriormente, si ottengono deformazioni della testa posteriore e dalla regione cervico-dorsale.

Riguardo al quesito di dove si disponga il materiale formativo della testa dopo che ha cessato di far parte dell'orlo blastoporico, il Bertacchini ha ottenuto il seguente risultato: pungendo il dorso della gastrula a diverse distanze al davanti dell'orlo dorsale del blastoporo in diverse fasi di sviluppo, si sono ottenute anomalie della regione aborale, orale e preorale della faccia e della regione craniana della testa a seconda del punto leso e della fase di sviluppo.

Infine, per studiare la questione dell'influenza dello sviluppo della testa su quello del resto del corpo, il Bertacchini ha lesa l'estremità cefalica della placca midollare in neurule nelle quali esisteva ancora un piccolissimo blastoporo circolare all'estremo caudale, ha ottenuto embrioni che a 20 giorni di sviluppo, mostravano una testa più o meno atrofica o un corpo perfettamente costituito.

In un'altra seduta il Bertacchini farà noti i risultati della lesione dell'orlo ventrale del blastoporo e della regione del canale neurenterico.

Focacci. **Sull'inserzione esterna o laterale del muscolo «pectoralis minor»** — Riferisce intorno all' in-

serzione esterna o laterale del muscolo *pectoralis minor* dell'uomo. Trattasi di un individuo di 70 anni circa, in cui d'ambo i lati questo muscolo si inserisce lateralmente all' apofisi coracoide e mediante un robusto fascio ben distinto anche alla capsula articolare, disposizione questa riscontrata già da alcuni autori. Però nel caso presente ed in ambo i lati oltre all'inserzione coracoidea, ed alla inserzione capsulare, notansi delle fibre ben evidenti, in intima connessione con quelle delle inserzioni precedenti, le quali dirigendosi all' indietro formano una curva colla concavità anteriore e vanno ad inserirsi sul collo della scapola estendendosi fino in corrispondenza della base dell'apofisi coracoide al di sotto della inserzione della volta acramio coracoidea e da questa perfettamente distinte.

Il Focacci sarebbe inclinato a ritenere questa disposizione come un'altra varietà d'inserzione esterna di questo muscolo. Il fatto ha bisogno di essere confermato da ulteriori osservazioni anatomo-comparative, che il Focacci si riserba di fare.

L. Tavernari.

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

Presidente E. Pestalozza

Seduta del 7 giugno 1899

G. Banti e G. Pieraccini. **Azione curativa del siero antipneumonico Pane nella pulmonite.**—I risultati degli studi istituiti per provare l'azione curativa di questo siero si possono riassumere così: 1. La sieroterapia non riesce a troncare il corso della polmonite, anche quando venga cominciata poche ore dopo l'inizio della malattia. Le defervescenze in 2ª e in 3ª giornata sono più numerose nel gruppo dei curati con i metodi comuni che in quello dei curati col siero. 1. La sieroterapia non abbrevia il decorso della polmonite. La sieroterapia non impedisce la diffusione del processo locale pneumonico. 2. La sieroterapia non vale a prevenire eventuali complicanze diplococciche. 3. La sieroterapia non modifica in alcun modo la curva termica; non impedisce l'apparizione o l'aumento dell'albuminuria e dell'urobilinuria, nè mai le fa cessare. Non previene lo sviluppo dei sintomi nervosi gravi, non previene l'indebolimento cardiaco. 4. La sieroterapia non diminuisce certo la mortalità nella polmonite. Banti e Pieraccini per i fatti riferiti concludono che la sieroterapia antipneumonica non ha dato nelle loro mani risultati favorevoli e che essa debba considerarsi per lo meno come inutile nella cura della pneumonite.

G. Coronedi. **« L'Ajuga Iva » rimedio antimalarico popolare in Sardegna.**—Da studii accurati istituiti allo scopo di studiare l'azione biologica di questa pianta, che appartiene alle labiate, può dedurre che: Gli organismi inferiori (batterii ,muffe) non sembrano risentire, almeno profondamente, l'influenza della sostanza o delle sostanze attive della droga. Nel *discoglossus pictus* e nel *bufo viridis* si osserva:

Diminuzione progressiva fino alla scomparsa totale dei movimenti volontarii e riflessi, con profonda risoluzione muscolare, perdita progressiva della eccitabilità muscolare mentre quella dei nervi motori si conserva quasi fino alla morte dell'animale miosi di altissimo grado e persistente, rarefazione notevole dei moti cardiaci con spiccata aritmia o comparsa di lunghe pause diastoliche. Il veleno o i veleni spiegano la loro azione essenzialmente sul sistema nervoso centrale i muscoli striati non ne sono immuni. I fenomeni nervosi centrali, quelli relativi al cuore in particolare, possono anche in breve tempo sparire a condizione che non si adoperino dosi troppo elevate o non si ripetano oltre una certa misura le dosi medie: il cuore è l'ultimo ad essere colpito ed il più pronto a risorgere. Non essendo sicuro di avere nelle mani un principio puro non si può pronunziare con dati certi sulle dosi. Nei mammiferi non ha potuto osservare un quadro ben netto, causa senza dubbio la quantità troppo scarsa di sostanza disponibile. Tanto sperimentando col sangue in vitro, quanto col sangue circolante raccolto dall'animale avvelenato, ha osservato che non s'impedisce o rallenta, come avviene sotto la influenza della chinina, il trasporto di ossigeno per opera dell'emoglobina; in presenza di olio di trementina ozonizzato e di tintura di guajacolo anzi tale trasporto sembra essere facilitato. Prosegue le esperienze tanto dal lato chimico quanto dal lato biologico e terapeutico.

R. SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI LONDRA

Seduta del 13 giugno 1899

L. Rogers. **I risultati dell'isolamento e dell'allontanamento degli oggetti infetti per combattere la febbre malarica epidemica di Assam a Kala-Azar.** — Questa epidemia, che favorita dalle condizioni meteorologica da due anni infierisce ad Assam, è stata di molto modificata dall'isolamento degli ammalati e dal sequestro degli oggetti venuti in contatto con loro.

James H. Sequeira. **La prognosi remota della pericardite.** — L' entità della dilatazione del pericardio regola la prognosi remota della pericardite acuta perchè è essa che altera potentemente la meccanica cardiaca e compromette i poteri di compenso.

Movimento biologico universale

1. Perrier riferisce « **un nuovo caso di mestruazione precoce** » in una fanciulla nata al 21 dicembre del 1897. Essa presenta tutti i fatti

che accompagnano lo stato della pubertà. Dimostra come nella letteratura medica di casi analoghi se ne siano osservati molti altri e dice che è difficile darne una spiegazione soddisfacente. (*Annales de médicine et chirurgie*, 15 giugno 1899).

2. M. W. Zimmermann riferisce « **tredici casi di alterazioni del campo visivo** » e conclude che un restringimento modico non è caratteristico, un restringimento grave in cui è leso più il bianco che gli altri colori depone per l'isterismo, una completa alterazione od una parziale persistente, quando non vi è lesione organica dell'occhio, appartiene sempre all'isterismo. (*University medical Magazine*, n. 9, giugno 1899).

3. Turban studia il « **numero dei globuli rossi nelle alte montagne e la camera conta-globuli di Meissen** ». Nelle alte montagne, esaminando il sangue di un individuo, sia esso sano o infermo, ha potuto vedere, come si elevi il numero degli eritrociti e il tasso emoglobinico. Forse per lo stato della pressione atmosferica nelle alture, si ha una maggior attività nella ematopoiesi. Il conta-globuli di Meissen, con cui egli ha esaminato il sangue, pare che sia esatto e che eviti qualche errore che è facile a farsi col conta-globuli di Thoma e Zeiss. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 24, 13 giugno 1899).

4. Ferria fa delle « **prove cliniche di opoterapia tiroidea come simulante della rigenerazione ossea** ». Riferisce due osservazioni in cui il risultato di questo metodo di cura è stato soddisfacentissimo. Se non si deve ancora formulare una conclusione gli sembra che i casi finora conosciuti abbiano abbastanza valore per riaffermare che prove ulteriori sarebbero perfettamente giustificate. (*Gazzetta medica di Torino*, n. 24, 15 giugno 1899).

5. Meyer si occupa della « **comparsa nell'urina e della ricerca dell'acido glicurolico** ». Egli ebbe occasione di esaminare l'urina di un individuo che si era avvelenato colla morfina, ed eseguendo le ricerche all'uopo potè notare la presenza dell'acido glicorolico. La presênza di quest' acido nell'urina, indicherebbe una diminuzione del potere dell' organismo di assimilare gli zuccheri. (*Münchener medicinische Wochenscrift*, n. 24, 13 giugno 1899).

6. Veslin e Leroy riferiscono su di un caso di « **gozzo guarito con l' elettricità** ». Si tratta di un individuo di 37 anni il quale per l'enorme abuso della bicicletta, cominciò a notare segni di palpitazione, di stanchezza, e un ingrossamento notevole della tiroide. In seguito si ebbe esoftalmo, emotività, rumori agli occhi etc. La soppressione assoluta della bicicletta e di tutte le fatiche fisiche, il regime igienico, la doccia fredda quotidiana in primo tempo e poi tiepida e le sedute elettriche (corrente faradica) poterono far guarire l'infermo. (*La Presse médicale*, n. 47, 14 giugno 1999).

7. Leo Havas riferisce una ventina di casi di morbillo da lui osservati, in cui potè constatare il « **sintoma di Koplik** ». Tale segno descritto dal Koplik l'anno scorso è un segno precoce e che si osserva nel periodo prodromico, in modo che da esso può farsi la diagnosi della eruzione da venire. Consiste in macchie rossicce, o punteggiate od anche a forma di stelle, che hanno sede sulla mucosa del palato duro e del palato molle e delle fauci. Due o tre giorni dopo la comparsa di tale segno la malattia infettiva è già in piena fase eruttiva. (*Wiener medicinische Presse*, n. 24, 11 giugno 1899).

8. Morandon di Montyel studia i « **disturbi del riflesso patellare, cremasterico e faringeo** » in individui affetti da paralisi generale al terzo periodo. Il riflesso faringeo è più alterato nei sifilitici, il cremasterico non è giammai esagerato negli alcoolisti, invece in questi individui il riflesso patellare è esagerato. Non esiste alcun rapporto relativo tra lo stato dei riflessi patellari e cremasterici e gli stati del senso genitale, vi potrà essere forse un antagonismo tra gli stati normali ed anormali di questo senso e lo stato del riflesso faringeo. (*La Presse médicale*, n. 46, 10 giugno 1899).

9. Combemale e Herin riferiscono un caso di « **flebite prodromica di un reumatismo articolare acuto** ». Dicono che l'unica cosa da mettere in discussione nel caso in discorso sarebbe quella se dipendono tanto la flebite che il reumatismo articolare acuto dallo stesso agente infettivo, ed in ispecie dal microbo di Thiroloix-Achalme. Però per ammettere questa concezione clinica manca il controllo batteriologico. Possono dire che la diagnosi di reumatismo cronico ad accessi acuti, di reumatismo gonococcico, di reumatismi infettivi e tossici in generale dev' essere scartata, innanzi al fatto della mobilità della malattia e anche perchè questa è la prima volta che l'ammalato è stato colpito. (*Gazette hebdomadaire de medècine et de chirurgie*, n. 46, 8 giugno 1899).

10. Subbotic descrive due casi di « **cisti di echinococco** » osservati nell' ospedale di Belgrado, ove l'echinococco si osserva di rado. Nel primo caso non si poteva dire esattamente se trattavasi di un echinococco del pancreas o del mesocolon. All'autopsia però si vide che apparteneva al pancreas. Il secondo caso era un caso di « **echinococcus multiplex** » e l'individuo essendo venuto a morire, all' autopsia si poté osservare un fatto forse nuovo, cioè, delle vescicole di echinococco nel lume intestinale. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 24, 15 giugno 1899.)

TERAPIA CLINICA

CURA DELLA MALARIA COL BLEU DI METILENE

Dopochè Guttmann ed Ehrlich adoperarono il bleu di metilene con buon risultato, ognuno in un caso di terzana, parecchi autori hanno ripetuto gli esperimenti collo stesso rimedio. Queste ricerche però non hanno finora dato risultati concordi, ed i pareri dei singoli autori sono divisi sul valore del farmaco. Così Grawitz e Plehn riferiscono di non averne ricavato vantaggi, Parenski e Blatteis confermano pienamente e completamente i buoni risultati di Guttmann e di Ehrlich. Roettger e Neumann hanno avuto ugualmente beneficio dall'uso del bleu di metilene nella malaria, Ketli invece ritiene il valore terapeutico di esso di gran lunga inferiore a quello della chinina. Il numero di 275 osservazioni cliniche sul bleu di metilene fece emettere a Cardamito, il giudizio ch'esso è il mezzo più efficace e sorpassante di gran lunga la chinina per il suo valore terapeutico contro la malaria. Per quel che riguarda l'uso del farmaco, egli fece differenza fra la malaria quotidiana acuta e cronica da un lato e la terzana e quartana dall'altro lato. In 41 casi di quotidiana, Mays adoperò con buon risultato il bleu di metilene privo di cloruro di zinco alla dose di 10 cgr. 3-5 volte al giorno, il successo è stato tanto più rilevante in quantochè si trattava di casi nei quali la chinina dopo lungo uso s'era dimostrata affatto priva di azione. Beck trattò 9 casi di febbre remittente, 4 d' intermittente, 3 di quotidiana, 2 di cachessia paludosa e 5 casi di forme non specificate, in parte col bleu di metilene, in parte con bleu di metilene e chinina. Vennero sottoposti alla cura solo ammalati i quali erano stati in precedenza curati per un tempo più o meno lungo con dosi spesso elevate di chinina senza risultato. Dalle sue osservazioni risulta che il bleu di metilene, specialmente se associato alla chinina, abbrevia la durata della malaria, ma non i singoli accessi.

Dalla letteratura si vede quanto diversi e contraddittori siano i pareri dei singoli autori sul bleu di metilene, sia per quanto riguarda la sua influenza sui parassiti e sul decorso della febbre, sia anche per prevenire delle recidive. Mentre gli uni lo giudicano un antimalarico potente e lo pongono al di sopra della chinina, altri lo considerano come uguale, ed altri infine non gli dànno alcun valore terapeutico. In questa contraddizione di pareri è importante il contributo che reca alla questione Ollwig su 10 casi, di cui 3 di terzana, 2 di terzana doppia, 3 di malaria tropicale, 1 di quartana ed 1 di malaria estivo-autunnale. In tutti i casi venne praticato più volte al giorno l' esame del sangue.

Dapprima venne adoperato il bleu di metilene chimicamente puro, privo di cloruro di zinco e di arsenico, dopo il nuovo bleu di metilene (cloruro di dietiltolutionina). Il farmaco venne somministrato alle dosi singole di 10-20 cgr. in parte in capsule di glutoide, in parte in pillole. La dose giornaliera iniziata di 50 cgr. non sembrò sufficiente, onde se ne somministrò 1 gr. *pro die*.

Il farmaco in generale venne tollerato. Qualche volta s'ebbero al principio del trattamento fenomeni collaterali sgradevoli consistenti in stranguria, bruciore uretrale e lieve incontinenza d'urina; questi disturbi però vennero rimossi con una somministrazione abbondante di noce moscata. Di questa si potè far a meno dopo breve tempo, abituandosi gl'infermi nel corso del tempo al farmaco e sopportandolo senza disturbo alcuno. I fatti collaterali non s'ebbero coll'uso del nuovo bleu di metilene. Qualche volta s'ebbe nausea, vomito più raramente. Per prevenire il vomito, è consigliabile di somministrare il bleu di metilene possibilmente nel periodo apiretico e tutta la dose del giorno in poche ore. Non s'ebbero mai disturbi intestinali, però quando havvi catarro intestinale, è utile di curare questo, prima di cominciare l'uso del farmaco. Le urine si colorano subito, prima in verde, poi assumono un colorito bleu intenso per riprendere il loro colorito normale 2-3 giorni dopo la sospensione del rimedio. Non si trovò mai albumina nell'urina. — Per le sue ricerche Ollwig non può schierarsi fra quegli autori che mettono il bleu di metiline accanto ed anche al di sopra della chinina, pur essendo molto lontano da quelli che gli negano qualsiasi valore terapeutico. Un' influenza terapeutica del bleu di metilene non si può negare. Nella maggior parte dei casi egli potè confermare l'osservazione di Guttmann ed Ehrlich, Parenski e Blatteis e Werner Roettger, che cioè la temperatura diminuisce subito all'inizio della cura col bleu di metilene, mentre i parassiti scompaiono dal sangue più lentamente. Secondo Ollwig, i parassiti non subiscono alcun' alterazioae morfologica per l'azione del bleu di metilene, deve però aver luogo un' influenza inibitrice sulla sporulazione.

Per quanto riguarda le recidive, Ollwig ebbe 4 risultati sfavorevoli contro 3 favorevoli, il che lo giustifica per conchiudere che il bleu di metilene anche per quanto riguarda il prevenire delle recidive, non può essere messo allato alla chinina. Disgraziatamente la chinina, che rappresenta il farmaco più ideale, non è così innocuo, come generalmente s'ammette. Dopo che Koch ha constatato che la febbre emoglobinurica deve concepirsi nel maggior numero dei casi quale un'intossicazione chinica pura, ogni sforzo degli studiosi della malaria dev'essere rivolto a trovare un succedaneo della chinina in tutti i casi nei quali la disposizione

alla febbre emoglobinurica controindica l'uso della chinina. Partendo da questo punto di vista, Ollwig ha usato il bleu di metilene per lo più in ammalati che presentavano questa disposizione alla febbre emoglobinurica, ed anche nell'avvenire il bleu di metilene dovrà essere adoperato in tali casi come il miglior rimedio antimalarico dopo la chinina, finchè non si troverà un migliore succedaneo di questa.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten*, edito de R. Koch e C. Flügge, Bd. 31, H. 2, 1899.

1. C. Fraenkel. **Sulla presenza del meningococco intracellulare nell' infiammazioni purulente della congiuntiva oculare.**—L'osservazioni riferite dimostrano che il meningococco può produrre infiammazioni infettive di grado diverso sulla congiuntiva umana.

2. Moritz e Röpke. **Sulle condizioni di salute dei pulitori di metalli nel distretto di Solingen.**—Il pericolo principale per i pulitori di metalli è la polvere, il cui sviluppo deve perciò essere impedito quanto più è possibile. Per impedire lo svolgersi della polvere è raccomandabile di lavorare all'umido, ove ciò sia possibile. A rimuovere la polvere nel luogo di produzione valgano gli apparecchi di ventilazione. Però deve aversi anche cura di allontanare spesso e radicalmente la polvere delle stanze da lavoro e quella che si trova sugli utensili. L'operaio di tal genere deve anche curare la pulizia del proprio corpo. È importante che l'operajo durante il lavoro respiri col naso e tenga una posizione possibilmente diritta. Deve energicamente combattersi l'abuso di alcool. Di grande valore profilattico sono la disposizione precisa del tempo di lavoro e delle pause: sono da considerarsi come *maximum* 10 ore di lavoro per l'adulto, 8 per l'operaio giovane. È raccomandabile di frapporre più pause, quantunque di breve durata, per attuare la ventilazione polmonare e quanto più spesso si può. Per quanto riguarda la terapia, deve rilevarsi in primo luogo che la tisi di questi operai deve considerarsi guaribile. Certamente, per raggiungere la guarigione, gli ammalati debbono lasciare il loro mestiere in uno stadio precocissimo del male ed esser messi in condizioni igieniche favorevolissime. Però anche i risultati più favorevoli vengono ad essere menomati se gli operai ritornano al loro antico mestiere.

3. Soerensen. **Sui bacilli difterici e sulla difterite negli scompartimenti scarlattinosi.**—Nel 3. anno d'esperimento, dell'èstà del 1897 a quella del 1898, la virulenza dei bacilli trovati venne dimostrata per lo più coll'iniezione sottocutanea nelle cavie. A principio del suddetto spazio di tempo l'ospedale conteneva 80, alla fine dello stesso 134 ammalati di scarlattina e nell'intervallo ne vennero ammessi 143. La media quindi è di 107, cioè press'a poco la stessa di quella dei due anni precedenti. Nell'anno in discorso vennero accolti nell'ospedale 16 malati di scarlattina con bacilli, insorsero là stesso 17 difterie, 66 casi bacillari e 32 angine cocciche. Negli ammalati ricevuti i bacilli vennero quindi trovati con press'a poco la stessa frequenza degli anni scorsi, lo stesso vale per le difterie. Invece il numero di casi bacillari e di angine cocciche fu più grande negli anni suddetti. Come nelle serie precedenti, l'infezioni difteriche mostrarono una benignità pronunziata: nessun ammalato morì per questa complicazione. Nelle 17 difteriti, 10 furono casi leggieri, 5 di media gravezza e 2 gravi.

4. Zettnow. **Appendice al suo lavoro: Sulla colorazione delle ciglia dei batterii.**—Ribatte gli appunti fattigli da Welcke, che cioè egli ebbe la spinta al suo lavoro dalle comunicazioni di Welck e che prima non s'era mai occupato di colorazione di flagelli, ch'egli non gli fece comunicazioni di sorta sul suo metodo, e che il Welcke gli aveva comunicato un metodo di uccisione dei batterii colle colorazioni dei flagelli per mezzo d'una soluzione di formalina al 4 0|00 di acido osmico all'1 0|0.

5. H. Conradi. **Sulla questione della formazione di tossine dai bacilli del carbonchio.**—Coll'uso del suo metodo non potè essere addotta la prova, che il bacillo del carbonchio forma un veleno extracellulare, solubile od uno intracellulare nell'organismo di animali ricettivi o refrattarii. In base ai suoi esperimenti acquista piuttosto grande probabilità l'ipotesi che il carbonchio non forma in generale sostanze velenose nell'organismo animale. Con questo risultato il problema della produzione dell'infezione carbonchiosa non diventa in alcun modo più chiaro, anzi più imbrogliato. Se più tardi, coi progressi d'una metodica chimica più fine, si riuscirà di ottenere delle tossine, si sottrae al nostro giudizio. Provvisoriamente l'ipotesi dell'esistenza d'un veleno carbonchioso è stata rigettata e fino ad ulteriori prove il bacillo del carbonchio deve valere come tipo d'un microorganismo infettivo.

6. Ollwig. **Un contributo al trattamento della malaria col bleu di metilene.**—V. pag.10.

7. J. Kozai. **Contributo alla conoscenza della coagulazione spontanea del latte.** — L'acido formatosi nel latte coagulato spontaneamente è o acido lattico destrogiro, o acido lattico inattivo, o un miscuglio di queste due forme. Di significato

decisivo per la comparsa dell'una o dell'altra specie è la temperatura, alla quale si compie la fermentazione. A temperatura di stanza si produce di regola acido lattico destrogiro puro, a temperatura di stufa invece acido lattico inattivo. Quali agenti causali di questi processi si hanno tre specie di batterii nettamente differenti l' una dall' altra: il « bacillus acidi paralactici » il « bacillus acidi laevolactici Halensis » ed il « micrococcus acidi paralactici liquefaciens Halensis » di cui il 1. ed il 3. forniscono acido lattico destrogiro, il 2. acido lattico sinistrogiro. La forma più frequente è più importante è il « bacillus acidi paralactici, » il quale non è uguale al « bacillus acidi lactici » di Hüppe. A temperatura ordinaria (di stanza) la fermentazione del latte è prodotta se non esclusivamente, pure prevalentemente dal « bacillus acidi paralactici ». A temperature più elevate anche l'altre due specie pigliano parte al processo. L' origine dell'acido lattico inattivo nel latte coagulato spontaneamente non è determinata dall'azione contemporanea di altri batterii diversi con i formatori dell' acido lattico destrogiro, specialmente col « bacillus acidi paralactici, » ma solo dall'attività contemporanea del « bacillus acidi laevolactici Halensis » che produce l'acido lattico sinistrogiro. Le condizioni di nutrizione generali o speciali dei produttori dell' acido lattico, specialmente anche la specie e la quantità della loro sorgente azotata, sono senza influenza sulla natura degli acidi da loro formati.

FORMULARIO

Liégeois.—Contro la clorosi

Acetato neutro di rame . .	centigr.	1
Fosfato di calcio	»	5
Liquirizia polverata / Glicerina	ana q. b. per una pillola	

Da prendere 2 a 3 al giorno di queste pillole.

Bocquillon-Limousin.— Contro le nevralgie facciali

Butilcloralio idrato / Alcool	. . . ana gr.	10
Glicerina	gr.	20
Acqua distillata	»	120

Da prenderne 1-2 cucchiai al giorno.

NOTIZIE E VARIETA'

Inchiesta sull'esercizio illecito della medicina

A più riprese abbiamo insistito sugli sconci e i danni morali e materiali che derivano dall'esercizio abusivo della medicina, ed abbiamo sempre lamentata l'inerzia delle autorità e degli interessati. È con vivo piacere quindi che ora leggiamo la seguente circolare dell'Ordine dei medici della provincia di Siena, che noi rivolgiamo, raccomandandola, anche per parte nostra, ai nostri lettori.

Egregio Collega,

L'esercizio illecito della Medicina è piaga che ogni giorno più si estende portando gravissimi danni non solo agli interessi della classe medica, ma quel che è più grave alla società.

L'Ordine dei medici di questa Provincia nominò nella seduta generale del 28 gennaio scorso la sottoscritta Commissione, perchè iniziasse un' azione viva, efficace contro tale esercizio illecito dell' arte medica, che è offesa permanente della legge, della scienza e della salute dei cittadini. Essa ha deciso di aprire un'inchiesta per raccogliere tanti dati di fatto che valgano a formulare pratici e pronti rimedi.

Perciò si rivolge alla cortesia degli egregi Colleghi, perchè associandosi all'opera umanitaria iniziata, si compiacciano di fornire indicazioni sui seguenti punti:

1°. Quanti esercitano, nel paese o città di dimora a conoscenza del Collega, illecitamente la medicina e con quale approssimativa affluenza di clienti. Vi si intendono compresi gli erboristi, le pregatrici a scopo di cura, le leggitrici di fortuna (sogni, giuochi del lotto, medicamenti, rimedii) le streghe, le sonnambule, i magnetizzatori e simili sfruttatori della credulità umana.

2°. Quali e quanti casi accertati, recenti o remoti conoscano, di lesioni personali o di qualsiasi altro danno consecutivi ad esercizio illecito della medicina.

Le notizie che si richiedono devono potersi scientificamente accertare, ma non occorre che portino indicazioni sul nome delle persone interessate sia dei danneggiatori che dei danneggiati, e rimarranno proprietà scientifica dell'osservatore che le fornisce.

Nella fiducia che la S. V. non vorrà negare il proprio prezioso contributo a questa azione collettiva in difesa della nostra professione e in omaggio alla missione dell'arte salutare la ringraziamo e ci dichiariamo con affettuosa stima

Devotissimi: Prof. *E. Falaschi.*—Prof. *S. Ottolenghi*
Dott. *C. Cosci*

N. B. *Si prega indirizzare le risposte al Laboratorio di Medicina legale della R. Università di Siena, prima del 30 giugno venturo.*

CONCORSI E CONDOTTE

Sozzago. (Novara). Medico chirurgo condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 15 luglio.

Motta Camastra. Concorso alla condotta medico-chirurgica per 2 anni. Stipendio annuo L. 1600. Scadenza 15 luglio.

Messina. Dal Ministero dell'Interno è stato bandito il concorso ad un posto di medico di porto. Stipendio annuo L. 2800. Scadenza 15 luglio 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'ACTINOMICOSI UMANA LACRIMALE ED ANO-RETTALE

Il parassita dell' actinomicosi è stato profondamente studiato da Rivolta e Perroncito: Harz e Bollinger hanno pur essi stabilito l'origine vegetale dell'affezione. Pare però che sia stato il Davaine a vedere per il primo l'affezione, su cui non insistette abbastanza. La rarità estrema dell' actinomicosi non è che apparente, poichè a partire dal momento in cui si cominciò a ricercarla sistematicamente, si costatò che essa esisteva dappertutto e sotto le forme più varie. I lavori della scuola lionese furono sovratutto fecondi di risultati, poichè Poncet e Bèrard pervennero a riunire 66 osservazioni di actinomicosi raccolte nei soli ospedali di Lione.

La regione digionese pareva esente della malattia, allorchè il Camus recentemente dimostrò che, per trovare l' actinomicosi, bastava semplicemente prendersi la pena di cercarla. In poco tempo egli ha potuto osservare tre malati, colpiti da actinomicosi cervico-facciale a forma sub-acuta, e probabilmente molti altri pazienti, portanti delle lesioni attribuite alla sifilide e guariti con il joduro di potassio, avrebbero aumentato il numero delle osservazioni, se si avesse pensato di più all'esistenza dell' actinomicosi. Se la specie umana è stata relativamente poco prodiga, gli animali hanno fornito un maggiore contingente di malati, ed il Camus s'è dedicato a ricerche interessanti su questo soggetto. Durante un periodo di 3 anni soltanto egli ha visto 57 casi di actinomicosi negli animali portati allo scannatoio di Digione. Questa statistica gli ha permesso di costatare un fatto, che mette bene in luce il modo di penetrazione del parassita nei tessuti: durante il 1898 la febbre aftosa infierì con grande intensità tra il bestiame della contrada. Si vide allora l' actinomicosi seguire un decorso parallelo ed il numero dei casi aumentare in modo sensibile: fenomeno che mostra nettamente l' influenza delle soluzioni di continuo della mucosa buccale sull'infezione actinomicotica.

Stabilite la patogenesi, l'anatomia patologica e l'evoluzione dell'actinomicosi, è interessante studiare le forme rare e le localizzazioni anormali dell'affezione. E' così che, a proposito di un caso, il Robert ha dato un'eccellente descrizione dell' actinomicosi dei condotti lacrimali. Questa malattia è stata osservata sovratutto in Germania ed in Russia, e prima della tesi del Robert, 3 casi soli erano stati pubblicati in Francia. Molto benigna, essa presenta un' evoluzione clinica interessantissima. Contrariamente alla forma ordinaria dell'actinomicosi, non avviene nè estensione delle lesioni, nè formazione di tragitti purulenti, mentre che l'affezione è già costituita da 1-2 anni. Lo Schröder avea anco pensato che la mucosa non fosse penetrata dal parassita, e che il muco e le lacrime, per le loro proprietà disinfettanti e la loro azione meccanica, impedissero questa penetrazione. Però, nei casi ulteriori, l' esame istologico di una particella della parete dimostrò la presenza dell' *actinomices*.

Questa limitazione e questo decorso lento del processo invasore, non possono spiegarsi con le condizioni di ambiente speciale, o con i caratteri biologici del fungo.

Le vie lacrimali offrono al parassita un terreno esposto ad una aerazione continua (Robert), e possedente già una flora ricchissima. L' aria esercita un' azione nefasta sulla vitalità dell'*actinomices*, e d'altra parte l' inferiorità di questo fungo in presenza degli altri microbi è oggi dimostrata. Nelle colture artificiali, la presenza di altri microrganismi lo soffoca e lo fa scomparire in pochi giorni. Inoltre i condotti lacrimali sono circondati da fibre muscolari striate, tessuto così sfavorevole al suo sviluppo, che nella lingua, per esempio, il decorso del parassita è subito arrestato, e subisce la sorte di un semplice corpo estraneo.

Queste condizioni speciali spiegano forse il modo di evoluzione dell' actinomicosi dei canalicoli lacrimali. D' altronde, qualunque ne sia l'interpretazione, questa benignità è attualmente certa. In tutti i casi riferiti fin qui, la affezione è finita con la guarigione, pochi giorni dopo l'ablazione del piccolo tumore.

Il contagio avviene probabilmente con le polveri vegetali contaminate e trasportate dall'aria o dall'acqua che è un mezzo di coltura favorevole. Il fungo vegeta sulla congiuntiva tra i microbi normali, e si sviluppa nel canale nell'occasione di una infiammazione, di una stenosi, di un trauma; la malata del Robert avea subito un cateterismo del canale nasale, tre anni prima.

L'actinomicosi delle vie urinarie (Michaïloff) è più rara ancora dell' actinomicosi la-

crimale. Quest'autore ha potuto raccogliere 13 casi di actinomicosi della vescica, del rene e della prostata. Questa è quasi sempre invasa da actinomiceti provenienti dal retto o dalla vescica.

L'infezione del rene è raramente primitiva. Quand' essa non succede all' invasione della ghiandola per una lesione venuta dal fegato, dal colon o dal cieco, si tratta di un nucleo metastasico formato in un glomerulo e consecutivo ad una infezione già generalizzata. L'infezione ascendente per l' uretere non è stata osservata.

L' actinomicosi vescicale è spesso consecutiva a lesioni rettali, cecali od appendicolari. L'infezione primitiva della vescica è eccezionale, e l'osservazione raccolta dal Michaïloff è unica nella letteratura. Si trattava di un uomo che s'era introdotto molti mesi prima delle spighe di graminacee nel canale dell' uretra. Si formarono numerosi calcoli nella vescica, di cui qualcuno venne tolto con la litotrisia, ma siccome i fenomeni non cessavano il Poncet praticò la cistotomia sovra-pubica e trovò un calcolo fosfatico che conteneva dei frustoli vegetali, nel seno dei quali l' esame istologico dimostrò la presenza del micelio actinomicotico.

Allorquando le lesioni restano limitate alla vescica, ai reni od alla prostata, esse si riparano assai facilmente, in maniera spontanea o dopo un intervento chirurgico più o meno largo, come nei casi di Billroth e Poncet. Abitualmente la prognosi è molto più grave, perchè si producono vaste collezioni suppurate nella vicinanza di organi colpiti, ed il malato finisce con il soccombere. A proposito di un caso simile il Delacroix, percorrendo la letteratura chirurgica ha raccolto 14 osservazioni di actinomicosi ano-rettale.

Dal punto di vista patogenetico questa è dovuta ad una infezione ascendente o discendente. L'infezione ascendente deve essere ordinariamente il risultato di un contatto diretto con le materie inquinate dal parassita. In un'osservazione di Egbert Braazt l'inoculazione era avvenuta con un' escara delle natiche in una donna coricata sulla paglia. Essa può avvenire ancora per continuità ed avere per origine una contaminazione del basso fondo vescicale. Quanto all' actinomicosi discendente che è la forma più comune (10 volte su 14), bisogna metterla sul conto di una infezione ano-rettale con le materie rettali, portanti il parassita già attecchito in un punto del crasso, nell' apparecchio appendicolare, nel duodeno, ecc.

La sintomatologia e l'evoluzione clinica sono tipiche: inizio con diarrea, tenesmo e fenomeni viscerali. Tosto appaiono dei tumori bizzarri attorno all' ano, degli ascessi che occupano le situazioni più varie. Delle fistole isolate o a topaia compaiono a capo di un tempo più o meno lungo. La riparazione completa è rara. Si costata il più spesso la guarigione di antichi focolai, ed, accanto ad essi, la produzione di nuovi. L'evoluzione è talvolta rapida (un mese) o invece lunghissima (20 anni).

L'actinomicosi ano-rettale può, in un periodo qualunque, confondersi con delle lesioni sifilitiche o bacillari sovratutto. La prima condizione per stabilire una tale diagnosi è di pensare alla possibilità dell' actinomicosi. Allorquando le lesioni cutanee peri-anali si sono sviluppate, esse sono caratteristiche per i loro piccoli ascessi e le loro fistole multiple, per la colorazione rossastra o violacea della pelle, spessa o sollevata, che ricorda l' actinomicosi cutanea di altre regioni, della faccia per esempio.

La prognosi pare molto tetra, perchè su 14 osservazioni del Delacroix, si vedono 6 morti e 4 ad esito ignoto ma probabilmente fatale.

La cura dell'affezione dev'essere sovratutto chirurgica e consisterà nell'apertura larga dei focolai e nel loro scucchiaiamento. La cura con il joduro non può essere che un debole ausiliario della cura chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

Camus. *Thèse de Paris*, 1899. — Delacroix. *Thèse de Lyon*, 1899. — Michaïloff. *Thèse de Lyon*, 1899. — Robert. *Thèse de Paris*, 1899. — Poncet et Bèrard. Traitè clinique de l'actinomycose humaine. *Paris*, 1898. — Carrel. *Gazette des hôpitaux*, n. 70, 22 giugno 1899.

LEZIONI ORIGINALI

I Clinica medica della R. Università di Napoli diretta dal prof. E. DE RENZI

SULL'AFASIA

Lezione raccolta da *Alfonso Pirera* assist. straord.

(*Continuazione e fine*)

Vediamo ora se nella nostra inferma esiste sordità verbale.

Voi, per accorgervi se esiste sordità verbale, invitatela a fare dei movimenti assai semplici. Così, se io dico ad essa: « prendetemi il cappello » essa intende bene la mia voce, associa il simbolo cappello a quest' oggetto che effettivamente ha tal nome, esegue i movimenti adeguati al mio comando: essa, dunque, comprende l'immagine acustica della parola: essa unisce l'idea all'immagine acustica.

Se voi dite: « prendete il cappello » ed essa lo prende, ciò vuol dire che il suono *prendete il cappello* risveglia in essa l' immagine acustica appropriata ed essa esegue l'ordine.

L'ammalata, dunque, non ha sordità verbale. Da tutte le osservazioni, fatte da me e dai miei coadiutori, risulta che in questo caso manca completamente la sordità verbale.

Quest' inferma, però, che non ha sordità verbale, ha invece un' altra forma di afasia sensoriale, come or ora vedremo.

Abbiamo detto che la 2.ª forma di afasia è la *cecità verbale:* occupiamoci di questa.

Noi tutti cominciamo a parlare servendoci dell'immagine uditiva delle parole: ciò si ha nei popoli barbari e nei fanciulli. Il cervello, però, si sviluppa gradatamente; non è come il cuore, il quale, dal principio della vita extrauterina, fino alla morte, si mantiene sù per giù inalterato. Il cervello, adunque, si sviluppa gradatamente e, fra gli organi nuovi che si formano in esso, vi è quello della visione verbale.

Quest' ultimo si sviluppa come un organo nuovo dall' organo comune della visione. Si ha dapprincipio la visione delle lettere e poi la visione delle parole. Insomma, con la graduale educazione nell'uomo si sviluppa la facoltà di leggere: facoltà che produce la parola, non più udita, ma letta. In molti ammalati (tanto è grande il numero degli analfabeti) noi non abbiamo la possibilità di riconoscere se vi è alterazione del centro della immagine visiva delle parole, perchè in essi non si può parlare di cecità verbale, poichè questa indica la perdita di una facoltà che si è sviluppata; ora negli analfabeti la cecità verbale non può esistere non potendosi perdere ciò che non si è mai acquistato.

Ed il centro della cecità verbale dove si trova?

Noi sappiamo che la sede della visione si trova nel lobo occipitale. Che cosa è la lettura? E' la parola che noi vediamo. Ora, il centro visivo delle parole, in generale, si trova verso la parte posteriore del cervello, giro angolare, plica curva. E proprio in corrispondenza di questa plica curva una lesione determina cecità verbale, cioè la perdita della della visione delle parole.

Quest' ammalata ha dimenticato completamente di leggere. Io le dico: « che sta scritto qui? », ed essa non riesce a leggere.

Ma si potrebbe dire: l' inferma non riesce a leggere perchè essa non può parlare. Ebbene no, perchè io scrivo su di una carta diverse parole, ed allora ne indico fra esse una colla voce, ed aggiungo all' ammalata di mostrarmela sulla carta. Essa non lo fa.

In quest' inferma è perduta anche la facoltà di riconoscere le lettere dell' alfabeto: *cecità letterale.* Alcune volte si perde solo la facoltà di riconoscere le parole: *cecità verbale.*

Molte volte, si sa che, leggendo, gl'individui compitano mentalmente le parole che leggono: così, mentalmente, si dice: *cli-ni-ca.*

E' solo dopo aver letto moltissimo, che si finisce per vedere sulla carta il simbolo completo della parola. In modo che l' individuo che ha la cecità verbale può non perdere la facoltà di vedere le sillabe, le parole, ma perde il simbolo delle parole stesse. Per es. qui sta scritto « *Diagnosi* » orbene io non mi occupo delle lettere, ma penso subito al simbolo di questa parola.

Nella cecità verbale l'individuo ritorna allo stato infantile, è una specie di reversione.

In quest' inferma, dunque, che non ha la sordità verbale, esiste un'altra forma di afasia sensoriale, che è la cecità verbale.

Ma dove si trova localizzata questa lesione che ha fatto perdere, alla signora in esame, il potere di parlare, di scrivere e di leggere?

Come si spiegano questi fatti?

La nostra ammalata ha forse tre lesioni, una in corrispondenza della circonvoluzione di Broca (per l'afasia motrice), una in corrispondenza del piede della 2.ª circonvoluzione frontale (per l' agrafia) ed un' altra in corrispondenza della plica curva (per la cecità verbale)?

Certamente no.

Quest' ammalata non presenta che una lesione, e noi, per determinarla bene, dobbiamo ancora una volta ricordare ciò che succede nello sviluppo del linguaggio. Un bambino, od un cretino dell'ultimo grado, soffre un dolore ed allora pronunzia la lettera *e*, ed atteggia la sua faccia a dolore: ha un piacere e pronuncia la lettera *a*, ed atteggia il volto a piacere.

Poi segue il linguaggio intenzionale: il bambino mostra di voler succhiare, mostra di volere un oggetto, mostra di volersi avvicinare alla luce ecc.

É un linguaggio mimico, primordialissimo, che vediamo negli animali. Poi nasce il linguaggio articolato, la favella, la quale appartiene all'uomo. Questa si sviluppa dapprincipio per mezzo delle immagini sensitive acustiche che, poco alla volta, per disposizione innata, provocano dei movimenti sotto forma della stessa sillaba che si è udita, sillaba dello stesso suono, sotto forma di onomatopea. Questi movimenti diventano più complicati in seguito:

prima il fanciullo dice *car*, *car* e poi *carta*. Ma, dapprincipio, quella che si stabilisce è l'udizione delle parole: ecco la grande importanza che ha l'afasia sensitiva.

Supponete che un individuo abbia una lesione nel centro del Wernicke: quest'individuo non potrà parlare, egli non avrà il suono interno della parola *carta* per es., che risveglia poi l'immagine motrice. Molti sostengono che noi non possiamo parlare se non abbiamo il suono interno delle parole: certamente si riconosce che, se ciò non è assolutamente necessario, tuttavia aiuta molto la formazione delle parole. Un individuo non può parlare se non ha la sensazione interna delle parole, sensazione la quale stimola il centro di Broca. Questo centro, infatti, si sviluppa in modo secondario e cioè in seguito allo sviluppo del centro uditivo delle parole. Il centro uditivo delle quali produce delle fibre amieliniche; commessurali, onde l'individuo ha un' immagine acustica che poi risveglia l' immagine motrice. E' perciò che gl'individui, i quali hanno distrutto il centro di Wernicke, perdono la facoltà di parlare.

Vi sono però degl'individui nei quali il centro della parola assume uno sviluppo maggiore, si sviluppa sempre più, onde l'individuo può perdere l'immagine acustica e può tuttavia parlare. In questo caso egli non parla più perchè sente internamente il suono delle parole, ma è il centro motore che acquista tale sviluppo, da influenzare il centro della udizione delle parole. Vi sono dei soggetti che hanno tale sviluppo del centro motore, che cessano di essere auditivi e possono arrivare a fare a meno del centro uditivo delle parole.

Il centro della visione delle parole ed il centro di Exner-Charcot, cioè quello grafico, si sviluppano successivamente come centri coordinati, di fronte al centro uditivo e di fronte al centro motore. Allora può succedere che un individuo perde la facoltà di sentire i suoni delle parole (sordità verbale) e perde anche la facoltà di scrivere e di leggere, perchè quest'individuo ha collegato la facoltà di vedere le parole, e di scriverle, a quella di udirle, per cui, perduta ad es. la udizione delle lettere, egli avrà perduta pure la visione di esse e sarà, inoltre, diventato agrafico. Un individuo bene sviluppato dovrebbe essere quello che ha tanto sviluppati i vari centri, che ognuno di essi sia indipendente dall'altro. Ma la perfezione non esiste in natura: quindi noi troviamo una marcata solidarietà fra i diversi centri del linguaggio, per cui la lesione anche di un solo fra essi non può non riverberarsi anche sulla funzione degli altri.

Ed allora noi troviamo che la nostra ammalata è una motrice articolare, ha una lesione evidentissima del centro di Broca: è sopratutto l'afasia motrice che si trova in essa che presenta, tuttavia, agrafia e cecità verbale. Ora, tutti gli osservatori si sono accorti con quanta facilità un afasico presenta agrafia e cecità verbale. Gli è che un individuo, quando legge o quando scrive, pronuncia mentalmente (ed i fanciulli anche a voce alta) le parole. Un individuo, per es: quando studia, pronuncia le parole in modo che è sentito dagli altri. In molti poi, a furia di leggere, il centro della visione acquista una certa indipendenza: così pure il centro grafico. Però sono casi assai rari quelli in cui, con afasia motrice completa, l'individuo può tuttavia scrivere. In questi casi il centro grafico è sviluppatissimo. Ma, considerando che nel caso nostro si tratta di una donna la quale avrà scritto poco, allora è facile pensare che, essendo scomparse in lei le immagini motrici essa è diventata anche agrafica.

Ecco perchè, studiando bene, ammetterete la lesione nel centro di Broca, essendo le altre lesioni secondarie.

Ma come è possibile questa lesione isolata del centro di Broca?

E' possibile per lesioni vascolari.

L'arteria silviana, che dà sangue al cervello, manda rami molto limitati alle circonvoluzioni frontali. Ora, nel caso nostro, è possibile che si sia obliterata, per trombosi, l'arteriuzza che va alla circonvoluzione di Broca. Ed io credo che qui propriamente si tratti di una lesione del pallium e che non si tratti di una lesione sottocorticale, perchè in quest'ultima i fatti sono meno gravi, mentre nel caso in esame, ad onta di cure energiche fatte in clinica, l'ammalata non è migliorata che poco. Non sono, dunque, lese le fibre, ma il centro di Broca. Infatti nelle lesioni sottocorticali, quando cioè sono lesi i fili conduttori, l' individuo ha le immagini motrici, ma queste non si possono trasmettere. In una parola: vi è l'apparecchio produttore dell'energia elettrica, ma i fili che debbono trasportare questa energia sono interrotti. In queste condizioni l'ammalato assai

difficilmente diviene agrafico, assai difficilmente presenta cecità verbale perchè, essendo integro il centro motore, l'infermo ha l'immagine motrice la quale può influire sul centro dell'immagine visiva e su quello dell'agrafia. Nel caso nostro ciò non si ha; quindi la lesione è certamente corticale.

E dove si trova la lesione?

Qui non vi sono paralisi che indichino il lato della lesione: ma siccome il centro della parola risiede a sinistra prevalentemente, così è da questo lato che dobbiamo collocare la lesione stessa. Io però ritengo che il centro della parola non sia esclusivamente a sinistra, ma sia in certo modo bilaterale, tanto è vero che, quando si trova distrutto il centro della parola di un lato, rimane la mimica emotiva. Il fanciullo, colla sua mimica, ha movimenti che si dipartono da sinistra e da destra. Io ritengo, dunque, che il centro della parola sia destro e sinistro, onde il destro può sostituire il sinistro.

Ma perchè si sviluppa a preferenza il centro sinistro?

Ciò si ha per atavismo, perchè, in tante migliaia d'uomini che sono esistiti, l'emisfero cerebrale sinistro si è sempre sviluppato di più. Ma, oltrechè per l'atavismo, si ha anche uno sviluppo individuale. Così, quando un bambino vede un oggetto, esso lo mostra colla mano destra: quando comincia a scrivere, ecc. esso lo fa colla mano destra, ond'è che l'emisfero cerebrale sinistro è quello che lavora di più.

Sicchè, in realtà, noi possiamo dire che abbiamo un cervello dirigente, che è il sinistro ed il destro rimane quasi inerte, primordiale: esso, però, distrutto l'emisfero sinistro, può sostituirlo collo sviluppo lento e progressivo. Io ho vedute delle forme di afasia passeggiere per lesione dell'emisfero destro: ma le afasie gravi, permanenti, si hanno per lesioni a sinistra.

Fatta la diagnosi di *afasia motrice per trombosi nella 3ª circonvoluzione frontale di sinistra*, la prognosi è abbastanza grave. Ci vuol molto tempo perchè l'ammalata riacquisti la facoltà di parlare, e ciò non interamente purtroppo.

Ma perchè la signora è andata soggetta alla trombosi?

In questo caso la trombosi è dovuta ad ateromasia. Qui vi è un vizio cardiaco che si collega ad alterazioni delle arterie. Siccome, però, le facoltà mentali, ad onta della trombosi sono integre, noi possiamo fare, da questo lato, una prognosi migliore.

La cura è quella dell'esercizio, quindi, poco per volta, fate pronunziare all'ammalata delle vocali, poi delle sillabe, delle parole monosillabiche, ecc. Fate poi scrivere delle aste, delle lettere: insomma, tutto il lavoro che ci vuole, perchè l'ammalata possa imparare a scrivere, ed a leggere, voi dovete farlo per due ragioni: o si sviluppa la facoltà di parlare e di scrivere nel lato destro del cervello, o si sviluppano i centri affini. Nell'un caso e nell'altro l'ammalata può migliorare.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE BROCA-PASCAL DI PARIGI

Prof. Brocq

1. ***Follicolite del labbro superiore***—Detta altrimenti impetigo sicosiforme si osserva frequentemente e costituisce una affezione così ribelle e quasi sempre in rapporto con una lesione delle narici. Le alterazioni sono prodotte dagli stafilococci provenienti dalla parte anteriore delle fosse nasali. Bisogna quindi curare le fosse nasali facendo aspirare durante la giornata un po' di

Mentolo . . . , ...	gr.	0,05
Acido borico porfirizzato	»	6
Vaselina pura	»	40

Si può pennellare l'entrata delle fosse nasali con la soluzione di pioctanina bleu all'1 0{0. Certi malati hanno raffreddori incessanti che bisogna cercar di curare all'inizio con la belladonna, l'aconito e la chinina associati. Per quel che riguarda la cura locale, bisogna estrarre i peli al centro delle pustole e cauterizzare la cavità con la punta fina del cauterio, o con l'acqua d'Alibour addizionata di 10 volte il suo volume d'acqua, o con l'alcool canforato o con l'alcool al sublimato all'1 0{00; si facciano quindi delle polverizzazioni, poi si applichino delle pomate salicilate od all'ossido giallo di mercurio. Se vi ha grande irritazione si applichino delle compresse emollienti o dei cataplasmi. Se questi mezzi non riescono si provino le pomate usate per l'acne, e siccome la pelle è spesso ispessita ed infiltrata, si possono usare le scarificazioni.

2. *Acne in rapporto con disturbi uterini*—Il Brocq dice che quando si riscontra un acne ribelle del mento in una donna, esistono degli accidenti uterini od utero-ovarici; nelle giovani questa affezione coincide molto spesso con la congestione ovarica mestruale; col riposo in questo stadio esse guariscono. Si laverà giornalmente la faccia con

acqua caldissima e di giorno si applichi la pomata all'ossido di zinco. La notte è riservata alle pomate irritanti:

Joduro-cloruro mercuroso . . . . gr. 0,15
Lanolina } . . . . ana » 10
Vasellina }

Se ne mette una piccolissima quantità sulle parti malate, e, se è ben sopportata, la dimani si ricorre ad una dose un po' più forte.

3. *Cura del lupus eritematoso.*—Il collodion salicilico e pirogallico, tra tutti i mezzi preconizzati, possono dare i migliori risultati:

Acido salicilico . . . . gr. 1
Acido pirogallico . . . . » 3
Collodion elastico . . . . » 40

Questa preparazione è nera. Bisogna però ricorrere al sapone nero puro od associato ad altri medicamenti, all'acido fenico cristallizzato ed infine all'acido arsenioso, come nell'epitelioma, se quei farmaci falliscono.

4. *Seborrea ed alopecia.*—Vi sono individui che presentano delle seborreidi d'apparenza pitiriasica o psoriasica al cuoio capelluto. In tali casi bisogna divider la cura in due periodi: nel 1° si cura dapprima la pelle e nel 2° ci si occupa della caduta dei capelli. Nelle seborreidi pitiriasiche sono indicati i mercuriali:

Ossido giallo di mercurio . . . . gr. 1
Vasellina . . . . » 20

L'applicazione di questa pomata è seguita la dimani da lozioni di coaltar saponato diluito in 8 volte il suo volume di acqua. Se la desquamazione è psoriasiforme si potrà prescrivere una pomata più attiva:

Ossido giallo di mercurio . . . . gr. 1,50
Catrame puro . . . . » 2-3
Sapone q. b. per emulsionare
Vasellina. . . . . » 20

Se con questi mezzi non si ottengono buoni risultati, si ordinano delle lozioni mattutine con coaltar saponato, diluito in acqua, o con petrolio Hahn, poi si ricorre all'etere di petrolio, infine alla formola seguente;

Acido fenico cristallizzato. . . . gr. 2-5
Formolo del commercio . . . . » 2-5
Cloridrato di pilocarpina . . . . » 0,50-1
Essenza di mandorle amare q. b. per aromatizzare
Alcool a 90° . . . . gr. 200

Se non vi ha seborrea si può arrivare subito a quest'ultimo mezzo, sovratutto se il cuoio capelluto pare resistente.

Quando la caduta dei capelli dipende da una causa generale, si agisca con mezzi generali, non tralasciando i locali.

5. *Importanza del frazionamento delle dosi medicamentose.* — Le nevrodermie che s'accompagnano a prurito più o meno violento, sono spesso favorevolmente influenzate dalle preparazioni derivate dalle pillole di Méglin:

Ossido di zinco }
Estratto di giusquiamo } ana gr. 2
Estratto di valeriana }

per 40 pillole; 5-6 al giorno

Il Brocq ha modificato così la formula:

Estratto di giusquiamo } . ana gr. 1
Ossido di zinco }
Estratto di valeriana . . . . . . » 4

per 40 pillole; 2-6 al giorno.

Si ottengono così dei buoni risultati nei casi di prurito di origine nervosa, e forse ci sarebbe ancora maggior vantaggio raddoppiando questa composizione, poichè il Brocq dà una grande importanza al frazionamento delle dosi medicamentose. Il modo di somministrazione fa variar molto gli effetti che si possono ottenere. Questa variazione di azione è ben conosciuta per il calomelano, che alla dose di gr. 1 in una volta produce un effetto purgativo, mentre alla dose di gr. 0,20, preso a dose refratta produce una vera intossicazione. Lo stesso avviene per altri medicamenti. Nei pruriginosi in particolare aumenta molto l'azione delle sostanze che si usano. In questi casi il Brocq prescrive sovente un bicchiere di acqua di Vichy con

Tintura di belladonna gocce II-VIII
Soluzione di ergotina d'Yvon » IV-XII
Tintura di gelsomino » X-XV

da prendere in 8 volte nel corso del giorno.

Avviene lo stesso per le pillole di Méglin modificate dal Brocq, che possono ancora prescriversi secondo quest'altra formula:

Ossido di zinco } ana gr. 0,01
Estratto di giusquiamo }
Estratto di valeriana . . . . . . » 0,05

per una pillola; 5-10 al giorno.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Tornata del 16 giugno 1899

(nostro resoconto particolare)

Gaudenzi. **Intorno alla natura della così detta contrattura secondaria a paralisi oculare.**—L'osservazione secondaria si riferisce ad un caso di paresi del retto interno di sinistra, di natura probabilmente reumatica, la quale fu seguita un mese e mezzo dopo la sua insorgenza, da deviazione secondaria ed esterna di 14°, in forma alternante, per effetto della così detta contrattura dell'antagonista. Dopo soli 14 giorni di bendaggio occlusivo, interrotto soltanto da un'ora di quotidiani esercizi stereoscopici, ogni traccia di deviazione era scomparsa, sebbene l'occhio non avesse in confronto delle condizioni iniziali, guadagnato un solo grado di

motilità. Questo risultato in quanto dimostra che pur rimanendo inalterate le condizioni della paralisi, la contrattura può scomparire quando l'occhio leso non partecipi alla visione se non durante il controllo, mercè la percezione plastica, del suo atteggiamento corretto, rafforza le molte obbiezioni che possono muoversi alla opinione più generalmente diffusa, secondo la quale la deviazione accennata sarebbe riferibile a fatti muscolari. Gaudenzi ne ricerca l'origine in fatti di alterata innervazione di convergenza, che si determinerebbero sotto l'influsso della visione simultanea dei due occhi, ed il cuiprobabile fine consisterebbe nell'assegnare a questo un atteggiamento reciproco costante, quale è necessario per la formazione del nuovo sistema di percezioni binoculari che, in diverso grado d'evoluzione, ha trovato esistere in tutte le forme di strabismo concomitante.

Gaudenzi. **Di una forma insolita di emianopsia in caso di cecità verbale.** — Concerne un caso diagnosticato dal Penarolo, di cecità verbale pura (Déjerine) per probabile rammollimento della corteccia occipitale esteso fin verso la capsula interna in soggetto sifilitico e alcoolista. Il reperto campimetrico differiva da quello abituale in questi casi per il fatto che nella metà destra dei due campi visuali, accanto ad una completa mancanza della percezione qualitativa dei colori (emia-*cromatopsia*), potè constatarsi la presenza, entro limiti corrispondenti a quelli della normale percettibilità per il bianco, di una sensibilità sui *generis* alla quale parevano concorrere un senso luminoso, ed un senso del tutto elementare delle forme. Gli stimoli retinici provenienti dalla metà del campo obbiettivo corrispondente al difetto provocavano normali riflessi di fissazione, e normale ne appariva alla prova della proiezione, la localizzazione nello spazio. Prescindendo per ora dalla interpretazione di questa forma oscura di sensibilità, accenna che la scarsità dei riscontri che questo reperto ha nella letteratura é riferibile in parte alla circostanza che alterazioni così fatte della visione possono facilmente trarre in inganno l'osservatore per modo da essere assimilate a forme di emianopsia assoluta. Crede perciò desiderabile, specie in ordine alla fisio-patologia della sfera visiva e delle sue associazioni che indagini più minute sulla natura del difetto visuale in simili casi permettano di portare un maggiore differenziamento dell'unico sintomo, emianopsia, nel quale si sogliono probabilmente confondere forme notevolmente diverse fra loro.

Gaudenzi. **Melanosarcoma primitivo della cute delle palpebre.** — É un caso osservato in una donna di 74 anni di un tumore che all'esame istologico riconobbe per sarcoma fuso-cellulare, di struttura semplice nella sua massima estensione, ma in alcune parti nettamente alveolare e diffuso per infiltrazione a tutti gli strati di grande porzione delle due palpebre di destra, a cui aderiva per largo ma sottile peduncolo, e che avrebbe avuto origine un anno prima da un neo della palpebra inferiore. Fu esportato e l'esportazione fu seguita da autoplastica con lembo alla Fick, la quale cicatrizzò completamente.

Pes. **Sopra un caso di tumore primitivo della ghiandola lagrimale: contributo allo studio dell'angiosarcoma.**— Riferisce sopra un caso di tumore primitivo della ghiandola lagrimale esportato ad una bambina di mesi 7 1/2 e che apparve costituito da uno sviluppo straordinario di vasi e da una abbondante neoformazione del loro epitelio. Il tipo del tumore è unico nella letteratura sui tumori primitivi della ghiandola lagrimale. La bambina guarì senza recidiva e ciò depone per una prognosi favorevole dei sarcomi vascolari.

Pes. **Sulla fine anatomia dei membri esterni delle cellule visive nella retina umana.** — Riferisce sopra un sistema, non ancora descritto, di cellule epiteliali modificate che esiste nella retina umana fra la limitante esterna e l'epitelio pigmentato. Queste cellule sono conico-tubercolari, si fissano colla base alla limitante esterna e coll'apice penetrano nello interno delle cellule pigmentate, attraverso a stomi che si trovano nelle loro cupule. Sono destinate ad accogliere nel loro interno, in mezzo ad una sostanza mieloide che contengono, i prolungamenti esterni delle cellule visive. Fino ad oggi le figure caratteristiche di queste cellule erano ritenute come facienti parte integrale delle cellule visive, e, più propriamente *in toto*, come il loro prolungamento esterno.

Pes. **Sulla distribuzione del connettivo elastico nella coroide umana.** — Descrivendo la distribuzione del connettivo elastico nella coroide, non ammette che esso costituisca stratificazioni speciali in modo da permettere una divisione funzionale in strati di tale membrana. Esso è continuo, si intreccia in tutti i sensi e finisce col formare all'interno della coriocapillare un reticolo finissimo al quale aderisce la lamina vitrea.

Pes. **Sul glioma della retina in rapporto alle nuove ricerche nella struttura di questa membrana.**—Riferendo sopra alcuni casi di glioma della retina, confermò l'opinione generalmente ammessa circa la sua possibile origine dai diversi strati della stessa. Non crede che sia necessario per ora invocare la teoria di Cohnheim per spiegarne l'origine da strati dove non si trovano elementi di nevroglia, finchè non sarà dimostrato che gli elementi descritti come connettivali da Golgi e Manfredi nel 1872, nello strato granulare interno ed intergranulare, abbiano natura differente da quella loro assegnata

da questi autori. I recenti lavori coll' impregnazione cromo-argentica non hanno risolto ancora questo problema.

Cesaris Demel. **Ulcerazione sifilitica dello stomaco.** — Comunica un raro caso di ulcerazione sifilitica dello stomaco. Per la sintomatologia clinica e per l'aspetto macroscopico della lesione, si poteva credere trattarsi di una semplice ulcera rotonda dello stomaco. Ma lo esame istologico del caso la dimostra indubbiamente di origine sifilitica e la diagnosi è avvalorata dalla contemporanea presenza di lesioni sifilitiche in altri organi. In questo caso la morte fu determinata da una apoplessia della parete gastrica con versamento emorragico nella cavità peritoneale. Le lesioni vascolari già gravi nei vasi della parete gastrica, erano gravissime nel pancreas, dove per le molteplici emorragie avvenute, a rari intervalli di tempo, si era venuta formando una sacca emorragica pseudo-aneurismatica. Questo caso é anche interessante perchè l'ulcera gastrica era unica e non multipla come generalmente è descritto che avvenga in questi casi e non esistevano ulcerazioni nell'intestino.

Galeazzi e Ferrero. **Di una rara lesione traumatica del collo.** — Riferiscono sopra un ammalato che fu colpito, lo scorso anno, al collo, con un coltello da calzolaio. La lesione produsse una emorragia assai considerevole. L'ammalato avvertì subito formicolio all' anulare ed al mignolo, più tardi paralisi dell' arto superiore destro che andò attenuandosi gradatamente. Di più si ebbero fenomeni ottico-pupillari persistenti. Presentemente si nota una cicatrice alla base del collo, normale; la palpebra superiore destra abbassata, restringimento pupillare dello stesso lato, con reazione normale della pupilla. Eccitando fortemente il collo, si ha dilatazione della pupilla sinistra non di quella destra; l'esame oftalmoscopico dà un accomodamento normale; Visus=1: campo visivo più ristretto a destra dove vi ha un fondo rosso intenso. I fenomeni di alterata sensibilità sono solo subbiettivi. Forza muscolare assai diminuita a destra. Il caso è interessante: 1° dal lato chirurgico per la paralisi traumatica del simpatico con paralisi dei muscoli oculari, molto rara, e poi perchè si differenzia dagli altri casi in cui generalmente i fatti sono dati dal trauma che agisce nelle parti laterali del collo e non sulla parte anteriore come nel presente caso; 2° dal lato neuropatologico perchè accanto a sintomi di paralisi radicolare, esistono anche sintomi di paralisi del simpatico specialmente dimostrabili dall'occhio; 3° dal lato medico-legale perchè non si può affermare se la lesione è o no transitoria. *Fornaca*

I. R. SOCIETÀ DEI MEDICI DI VIENNA

Seduta del 9 Giugno 1899

Sachs. **Symblepharon totale in seguito a pemfigo.**— Presenta un individuo affetto da symblefaron totale in seguito a pemfigo della congiuntiva. Le palpebre in seguito a ciò hanno perduto i loro movimenti: un effetto terapeutico di una certa entità si potrebbe avere mercè la plastica. La cornea è interamente invisibile. Le bolle del pemfigo, oltre che nella mucosa congiuntivale, si trovano nella mucosa boccale e faringea.

Scholz. **Resezione pressochè totale dello stomaco per carcinoma del medesimo.** — Riferisce di una signora, che egli ha operata di gastrectomia quasi totale in seguito a carcinoma. Da due anni questa donna soffriva di disturbi gastrici e di vomito; palpando sull'aia gastrica si avvertiva facilmente un tumore della grossezza di una testa di feto. Aperto l'addome si vide che tutto lo stomaco era invaso da una massa neoplasica dura, la quale otturava quasi interamente il piloro, le ghiandole linfatiche del grande omento erano grosse quanto una noce avellana. Pertanto non rimaneva che resecare lo stomaco e ciò fu fatto sino al cardias, e insieme all'organo asportato, si levò via una porzione dell'omento. Il decorso post-operativo andò senza alcun incidente e in breve tempo si ebbe la guarigione. Il tumore estirpato fu diagnosticato per linfosarcoma. La paziente sta bene, è molto risollevata nelle condizioni generali e fino ad ora non vi è traccia di recidiva. In quanto alla regola dietetica è mestieri che faccia dei piccoli pasti e frequenti. Nelle evacuazioni si osservano delle fibre di carne, tutti gli altri alimenti li digerisce ottimamente.

Schiff. **Ematomielia multipla in seguito a tifo addominale.** — Mostra alcuni preparati di un caso di ematomielia multipla in seguito a tifo addominale. Un giovane diciannovenne affetto da tifo addominale, in quarta giornata di malattia, cade in collasso ed il sensorio, fino allora libero, diviene ottuso. Indi perde la motilità di tutte le estremità, dippiù si nota paralisi del retto e della vescica. Sono aboliti i riflessi tendinei e cutanei, e la paralisi motoria e sensitiva continua a progredire invadendo prima i muscoli del dorso poi quelli del torace, fino a che si ha paralisi del diaframma e la morte. La diagnosi clinica era quella di una lesione spinale a livello del 5° nervo cervicale. All' autopsia le meningi sembravano normali. A livello del quinto segmento cervicale la sostanza midollare è rammollita e fortemente arrossata, nella sostanza grigia si notano dei focolai emorragici a livello del 4° segmento cervicale, nonchè del 2°, e del 5°, 8° e 9° segmento dorsale. Non si trovò alcun microrganismo in tutto il midollo spinale. I vasi erano dilatati e si notavano stravasi emorra-

gici nelle loro guaine; le pareti vasali però microscopicamente non erano alterate.

Henning. **Protesi per nascondere alcuni difetti del volto.** — Riferisce su una protesi da lui proposta per nascondere le deformità accidentali del volto. Presenta pertanto alcune persone a cui ha applicato la protesi, fra cui son degni di nota i seguenti casi: 1° mancanza del naso in seguito a lupus; 2° una vasta perdita di sostanza della guancia sinistra per ferita di arma da fuoco, in seguito alla quale era rimasto scoperto l'occhio e l'arco palatino, 3° perdita di sostanza della guancia per cancro, ragion per cui erano rimaste allo scoperto le cavità nasali. La protesi è facile ad applicarsi, si fissa benissimo, e risponde benissimo in quanto riguarda il colore della cute.

Holzknecht. **Stenosi bronchiale.** — Presenta un giovane di 27 anni, ammalato di stenosi bronchiale. Il paziente da quattro anni soffre di disturbi respiratori, il laringe e la trachea sono liberi. La metà destra del torace è un po' più piccola di quella di sinistra, i movimenti di escursione sono brevi, il respiro è indebolito e il suono di percussione è più profondo a sinistra. Coll'esame radiografico si vedeva che l'ombra del mediastino nelle profonde inspirazioni si portava a destra fin sulla linea mammillare, mentre nelle espirazioni ritornava al suo posto. Quindi la porzione di ombra cardiaca che normalmente si osserva nel torace destro, nel caso in parola scompariva.

Questo fatto non poteva spiegarsi altrimenti che ammettendo la presenza di una briglia fibrosa, la quale viene ad unire il mediastino colla parete toracica destra, dando luogo alle modificazioni osservate nello esame radiografico. La stenosi bronchiale del lato destro, la cui causa non si potè scoprire, si manifestava obbiettivamente coi segni caratteristici di uno stridore.

Jolles. **Ferrometro.** — Presenta alla Società un modello semplicissimo di ferrometro, da servire agli usi clinici, e ne dimostra il modo di adoperarlo.

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO

Seduta del 12 Giugno 1899

Blum. **La tiroide come organo antitossico** — Dopo una introduzione storica, sviluppa il punto principale della sua tesi, cioè sul significato della tiroide. Relativamente alla teoria che la tiroide secerna una sostanza, la tiroidina di Baumann, la quale agisca in un modo o in un altro sul normale decorso della vita, Blum crede che la sostanza che secerne la tiroide sia un corpo antitossico destinato a neutralizzare alcuni veleni che si elaborano nel nostro corpo; come la tossi-albumina. Tale ipotesi egli ha discusso in un lavoro precedentemente pubblicato nella *Münchener medicinische Wochenschrift*.

Infine Blum presenta alla società, fotogrammi, preparati microscopici e skioptici, che mostrano i risultati della estirpazione della tiroide e della cura tiroidea.

Movimento biologico universale

1. Reynier riferisce due casi di « **osteomi muscolari** ». L'osteoma muscolare è una affezione molto rara, ed è facile errare nella diagnosi. Nei casi riferiti del Reynier fece la luce completa la radioscopia, mercè la quale si potè escludere la diagnosi di callo osseo, frammento osseo per frattura antica che era stata fatta da tutti coloro che li avevano osservati. (*La Presse mèdicale*. N. 47, 14 giugno 1899).

2. Broca e Mouchet studiano le « **complicanze nervose delle fratture delle estremità inferiori dell'omero** ». Dicono che queste paralisi sono state descritte da lungo tempo e che sono meno frequenti di quello che dovrebbero essere, attesa la vicinanza immediata di tre grandi nervi, il mediano, il cubitale e il radiale. Si osservano a tutte le età, ma specialmente nei fanciulli e negli adolescenti, come pure le fratture stesse dell'estremità inferiore dell'omero. La localizzazione nervosa sembra legata alla sede stessa della frattura; ma ciò non è assoluto. Le cause di queste paralisi sono multiple: esse debbono essere aggruppate in due categorie: cause primitive e secondarie, secondo che i fenomeni nervosi cominciano al momento dell'accidente o tutto al più nei primi giorni, oppure appariscono nel momento della guarigione della frattura, durante la formazione del collo. Questa distinzione è importante per l'etiologia e per la cura della lesione nervosa. (*Revue de chirurgie*, n. 6, 10 giugno 1899).

3. Schultz, a proposito della « **cura della stenosi tracheale** », riferisce di un caso che egli ha avuto occasione di vedere e di curare. Si trattava di un giovane ventenne, il quale in seguito ad una forma grave di difterite fu sottoposto alla tracheotomia. Guarito dalla malattia infettiva, cominciò ad avvertire segni di stenosi tracheale. Pertanto lo Schultz avendo veduto col laringoscopio che trattavasi di una forma lieve cicatriziale, lo sottopose alla dilatazione colle sonde in modo da guarirlo. (*Münchener medicinische Wochenschrift*. N. 24, 13 giugno 1899).

4. Edward Martin ha praticato « **l'operazione in un caso di perforazione intestinale da tifo** » e l'ammalato è morto 16 ore dopo. Egli ritiene che l'intervento abbia poche probabilità di esito fortunato quando è deciso molto tempo dopo la perforazione e quando le condizioni dell'infermo sono già disperate. (*University medical Magazine* **n. 9, giugno 1899**).

5. Grosser riferisce un caso di **« ernia diaframmatica »** importante per la sua rarità. Si trattava di un neonato di sesso maschile, che non presentava alcuna anormalità, e il cui peso corporeo era di gr. 3000 e la lunghezza 50 cm. Questa ernia era naturalmente congenita; e la diagnosi non poté esser fatta che al tavolo anatomico. (*Wiener klinische Wochenschrift* n. 24-15 giugno 1899).

6. Charles Greene Cumston riferisce minutamente un caso di **« pionefrosi consecutivo a gonorrea »** evenienza molto rara e che per lo più coglie solo un rene. In questi casi, a parte la cura causale, il metodo terapico è quello delle comuni pionefrosi: la nefrotomia. (*University medical Magazine* n. 9 giugno 1899).

7. Nèlaton. riferisce su di un caso di **« nefrotomia per anuria »** praticato da Leguen. Si trattava di un infermo a cui Nélaton aveva asportato, alcuni giorni prima, il rene destro che era sede di un enorme idronefrosi. In nona giornata dopo l'operazione si ebbe anuria completa, per cui Leguen praticò una nefrotomia sul rene rimasto, in modo da salvare l'infermo, il quale dopo quaranta giorni guarì completamente, essendosi anche obliterata la fistola renale (*La Presse mèdicale* n. 46, 10 giugno 1899.

8. Santucci si occupa **« delle fistole dell' uraco »** e viene alle seguenti conclusioni: 1° Esistono fistole dovute alla conservata permeabilità dell' uraco. 2° Esse possono aprirsi all'esterno, in periodo molto prossimo alla nascita, accompagnate o no da impedimenti di varia natura all' emissione dell'orina. 3° Una terza forma di fistole dell'uraco si manifesta nell'adulto, dietro cause occasionali, quali il ristagno d' orina in vescica, la cistite suppurativa; ma come le prime è giustificata dall' appellativo di congenita, congenita essendo la causa predisponente. 4° La diagnosi delle due prime forme è talora facile, talora incerta, per lo più irta di difficoltà serie nelle fistole tardive. 5° A meno di speciali indicazioni deve mirarsi alla guarigione di questa infermità a mezzo della laparotomia e consecutiva estirpazione totale dell'uraco, che mette al sicuro di una recidiva. 6° Ad ogni intervento diretto a guarire queste fistole sono di contro-indicazione assoluta: la cistite grave e tanto più la pielite e nefrite suppurativa, l' impossibilità di ristabilire la minzione normale; di contro-indicazione temporanea gli ostacoli removibili, le lesioni vescicali suscettibili di miglioramento notevole, di guarigione. (*La Settimana medica*, n. 24, 17 giugno 1899).

9. Le Clerc si occupa della **« cistite ostinata delle donne e del raschiamento della vescica »**. Raccomanda il raschiamento come una pratica molto semplice che trova la sua applicazione nei casi di lunga durata, specie in quelli in cui la gravezza della lesione non può essere determinata, perchè la retrazione dell' organo e le emorragie abbondanti rendono impossibile la cistoscopia. In tali casi egli ha ottenuto vantaggi durevoli dal raschiamento (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, n. 24, 1899).

10. Delbet, a proposito della **« cura della tubercolosi testicolare »** dice che si può nella maggioranza dei casi, esser contenti di operare parzialmente. Il trattamento medico non dà mai buoni risultati, solo qualche miglioramento passeggero. Il trattamento di scelta della tubercolosi testicolare è in ogni caso la resezione precoce dell'epididimo. (*La Presse mèdicale* n. 46, 10 giugno 1899).

GINECOLOGIA

Fisiologia e patologia della gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali.

Durante la gravidanza sarebbe a ritenersi, che per legge fisiologica la ovulazione cessi completamente.

Le osservazioni però di Scanzoni, Meigs, Slaviansky, Cozzi, Negri, Baiardi, Paladino, Cosentino, ecc. conducono a ritenere che, pur sopravvenendo la gestazione, la funzione ovarica non si sospende in modo assoluto, ma vi sarebbe in generale, se non una vera ovulazione, una tendenza alla maturazione di vescicole di Graf.

I sudetti Autori infatti ebbero a constatare in ovaia, tolte durante la gestazione, dei follicoli di Graf a vario grado di sviluppo. Ora il Bossi (Congresso della società francese d'ostetricia 1899), ebbe pure a praticare esami in ovaia di undici donne a termine di gestazione ed in sette casi riscontrò vescicole di Graf a stadii di sviluppo ove iniziali, ove già alquanto avanzati, ed in un caso anche la completa maturazione.

Epperò, senza a lungo intrattenersi su tale quistione, che non è ancora risolta, pare al Bossi si possa affermare che pur ritenendo che l' ovulazione durante la gestazione tenda a sospendersi, debbasi ammettere che mensilmente sianvi nelle ovaia della gestante tentativi di maturazione di vescicole del Graf, una tendenza, cioè, a periodicamente ripetersi di detta funzione.

Non così invece accade del flusso sanguigno mensile, che di regola si arresta non comparendo che in via eccezionalissima e solo nei primi mesi.

Epperò è a chiedersi:

Sebbene non abbiasi perdita sanguigna mensile, i fenomeni generali e locali che accompagnano la mestruazione si sospendono essi pure, ovvero ten-

dono a manifestarsi allo stesso modo che tende a svolgersi la ovulazione?

E tale tendenza a manifestarsi dei fenomeni mestruali in concomitanza dei periodi d' ovulazione, può apportare modificazioni più o meno rilevanti sia generali che locali nella madre?

Facilmente si comprende che dovendo rispondere a tale quesito, un capitolo qoasi affatto nuovo si apre così per la fisiologia che per la patologia della gravidanza, quello cioè riguardante i fenomeni fisiologici o patologici che si avverano nei giorni che corrisponderebbero all'ovulazione ed alla soppressa mestruazione, capitolo che forma appunto oggetto della presente comunicazione.

Il Bossi, divise in due categorie le sue osservazioni, quelle cioè riguardanti fatti, che non sortono dal fisiologico e che si svolgono in gestanti in condizioni fisiologiche e quelli riguardanti fatti patologici o svolgentisi in gestanti in istato patologico.

E qui il Bossi spiegasi chiaramente sul significato e sulla determinazione di ciò che chiama giorni corrispondenti ai periodi mestruali, considerato che durante la gestazione il flusso mensile si arresta.

In ciò è d'aiuto una attenta e scrupolosa anamnesi, il rilevare cioè come si avverano abitualmente nella paziente i catamenii per rapporto alla periodicità ed alla durata.

Essendo la mestruazione in generale un epifenomeno dell'ovulazione, per legge fisiologica è a ritenersi che pur sopravvenendo la gestazione siavi nell'organismo la tendenza al ripetersi della funzionalità ovarica ad eguali periodi d'intervallo, ed al persistere in modo più o meno appariscente dei fenomeni concomitanti per un ugual numero di giorni.

Tale era l'induzione che razionalmente dovevasi fare ed i fatti vennero dalla osservazione clinica e sperimentale confermati.

Soggiunge il Bossi che quanto espose è il frutto di parecchi anni di attenta e continuata osservazione.

Devesi invero ammettere un notevole difetto d'analisi, ma uopo é considerare i molteplici ostacoli che si frappongono a che essa sia completa; basti infatti il ricordare: che negli Istituti Clinici di Maternità solo in casi eccezionali in generale vengono accettate le gestanti avanti l' ottavo od al più il settimo mese di gravidanza, per modo che non rimangano che l'ultimo od al più i due ultimi mesi d' osservazione; che quando gli studii vengono fatti su gestanti a domicilio, deficienza di mezzi, mancanza di precisione e difficoltà di tempo e luogo si uniscono a renderli più laboriosi e meno proficui.

Giunge in ultimo alle seguenti conclusioni:

Le osservazioni anatomiche, benchè non tutte uniformi nei risultati, dimostrano che durante la gravidanza, sebbene in generale non siavi una completa ovulazione, havvi però particolare tendenza mensile a tale funzione, come lo prova l'avere riscontrato, nel maggior numero degli esami istologici di ovaia di gravide, vescicole di Graf a varii stadii di maturazione. L'osservazione clinica poi condotta attentamente viene a confermare tale fatto, e ciò constata che, pur avendosi di regola durante la gravidanza la soppressione del flusso sanguigno mensile, gli altri fenomeni generali e locali che accompagnano la mestruazione, non si sospendono in modo assoluto durante la gravidanza, ma ove più, ove meno tendono a manifestarsi ad eguali intervalli di tempo, complicandola così con dieci periodi di squilibrii d'indole varia, locali e generali tali da costituire vere crisi periodiche mensili della gestazione.

Tali periodi, che il Bossi chiama, appunto *crisi* fisiologiche della gestazione, non hanno finora a sufficienza richiamata l'attenzione dei fisiologi, dei patologi e degli ostetrici, e meritano certo uno speciale studio, così per una più perfetta conoscenza dei fenomeni che accompagnano la funzione materna, come per le utili applicazioni profilattiche e terapeutiche che ne possono conseguire.

Dal lato fisiologico si rileva durante la gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali (crisi fisiologiche della gravidanza): esagerazione dei fenomeni nervosi che la gestante prova abitualmente ed apparizione talora d'altri; più frequente e più superficiale in generale la respirazione; maggior frequenza del polso; edemi transitorii, aumento delle varici; leggero rialzo specialmente della temperatura vaginale e rettale; esagerati tutti i fenomeni della digestione abituali nella gestante ed apparizione talora d' altri; modificazioni svariate nell' orina per rapporto alla quantità ed al peso specifico, che tende ad essere inferiore, facendo pensare ad una minor facilità nel ricambio dei materiali dell'organismo; in generale diminuita la quantità dell' urea nelle orine; più frequente la presenza d' albumina nelle orine; accentuazione delle pigmentazioni cutanee gravidiche, comparsa talora di eritemi transitorii, di pustole, di angiomi.

Dal lato patologico: maggior tendenza sia a lipotimie e lipomanie che ad accessi isterici; più frequente l'eclampsia nervosa e l'eclampsia albuminurica; esacerbazione dei fenomeni osteomalicici; più voluminose le varici, specialmente delle grandi labbra quando esistono, qualche volta loro apparizione *ex novo*: peggiorate le condizioni locali e generali delle cardiopatiche; tendenza a riacutizzarsi di abrasioni ed ulcerazioni del collo ed al loro riaprirsi; notevole maggior facilità all'aborto ed al parto prematuro, tanto che è razionalmente a chiedersi se nella provocazione artificiale dell'aborto o del parto prematuro per qualsiasi indica-

zione, non sia opportuno, quando è possibile, scegliere tali periodi.

Considerati tali fatti emergerebbe quale corollario l'opportunità di sistematicamente calcolare e registrare, nell'esame anamnestico delle gestanti, le ricorrenze mensili che avanti il parto corrisponderebbero ai giorni dell'ovulazione. Questo sistema converrebbe non solo attuare nell'esercizio ostetrico, ma anche insegnare e diffondere poichè con esso molte e molte complicanze della gravidanza saranno utilmente prevenute e sopravvenendo, efficacemente curate in base alla loro origine.

QUISTIONARIO

Risposte a quesiti degli abbonati

QUESITO 1°

Domanda. Potrebbe indicarmi la posologia dell'analgene, massime in riguardo ai bambini?

Risposta. La dose quotidiana dell'analgene per l'adulto varia tra 1 e 2 grammi presi in cartine di 1|2 gr. ognuna. Per i bambini ci si potrà comportare in proporzione secondo l'età, adottando una delle tante regole date per proporzionare le dosi per gli adulti ai bambini.

QUESITO 2°

Domanda. Si desidera sapere dove si può trovare notizie intorno al meccanismo d'azione dei bagni termo-minerali.

Risposta. Il trattato classico in materia è quello di Winternitz di cui non conosciamo una traduzione italiana. Lo si trova nel suo testo tedesco e nella traduzione francese. In italiano abbiamo il libro dello Schivardi.

FORMULARIO

Contro la tosse asinina

Antipirina . . . . gr. 3
Sciroppo di belladonna . . . . » 20
Acqua distillata . . . . . . » 300
A cucchiaiate ogni due, tre ore.

Contro la tosse stizzosa

Dionina . . . . gr. 0.20
Succo di liquirizia . . . . . » 4
per fare pillole 30, 2-3 per giorno.

Oppure:

Dionina . . . . gr. 0,30
Sciroppo semplice . . . . . . » 100
1-2 cucchiaini da caffè la sera.

Contro la bronchiectasia con espettorazione

Si alternino tre o quattro pillole al giorno delle seguenti:

Acetato neutro di piombo . . gr. 0,15-0,03
Terpina . . . . » 0,15 0,30
Polvere del Dower . . . . » 0,10-0,15
con 10-20 goccie al mattino ed alla sera di
Guaiacolo . . . . } ana gr. 5
Liquore del Fowler . . . . . }
Eucaliptolo . . . . » 4

NOTIZIE E VARIETÀ

NELLE NOSTRE UNIVERSITÀ

Nomine e promozioni

Bologna. — È aumentato di un decimo, per compiuto quinquennio, lo stipendio del prof. Tartufari Ferruccio ordinario di oftalmoiatria e clinica oculistica.

Firenze.—È accettata la rinuncia di Minucci dott. Pasquale dall'ufficio di 2° assistente nella clinica generale chirurgica.

Napoli. — È aumentato di un decimo, per compiuto sessennio, lo stipendio di Reale dott. Enrico preparatore nella 1ª clinica medica.

La lega nazionale contro la tubercolosi

La *Lega*, che ormai si è costituita in tutti i principali centri d'italia, per armonizzare il lavoro, fece ieri la rassegna delle sue forze presenti.

Infatti, alle ore 5 pom., nell'aula della R. Accademia medica alla Sapienza, sotto la presidenza del ministro On. Baccelli, ebbe luogo una assemblea dei rappresentanti dei diversi comitati locali.

Erano presenti i delegati dei Comitati di Roma (prof. Baccelli) Padova (prof. De Giovanni) Napoli (senatore De Renzi) Firenze (prof. Lustig) Bologna; (prof. Sanarelli) Milano (prof. Gatti) Torino (prof. Pagliani) Genova (prof. Maragliano) Parma (prof. Riva) Ancona (prof. Wolner) Palermo (prof. Giuffrè) Messina (prof. Gabbi) Mantova (prof. Busacchi) Cremona, (prof. Picchini) Adria (prof. Salvagnini) Rovigo (prof. Oliva) Verona (prof. Bruni) Pisa (prof. Queirolo) Vicenza (prof. Del Lago) Venezia (prof. Gazzetti) Monselice (prof. Gazzo) Lonigo (prof. Porta) Valtellina (prof. Zubiani) Siena (prof. Barduzzi) Livorno (prof. Pozzolini) Cagliari (prof. Sanfelice) Perugia (prof. Patella).

Alla riunione, che assunse una straordinaria importanza, i Comitati hanno invitato gli onorevoli senatori e deputati delle rispettive regioni.

CONCORSI E CONDOTTE

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Messina. Dal Ministero dell'Interno è stato bandito il concorso ad un posto di medico di porto. Stipendio annuo L. 2800. Scadenza 15 luglio 1899.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE ALTERAZIONI DEL TIMO NELLA SIFILIDE EREDITARIA

Come negli altri organi. anche nel timo le forme sotto cui si manifesta l'affezione sifilitica sono molto disparate. Nei manuali si parla di fusione purulenta, di formazione di cavità, di ascessi del timo; accanto a queste alterazioni occorrono infiammazioni interstiziali diffuse con infiltrazione di cellule rotonde ed indurimento connettivale, come pure gomme in tutti gli stadii possibili. Infine non mancano gli stravasi sanguigni che, come le altre forme, hanno in sè qualche cosa di caratteristico per la sifilide. La compartecipazione del timo all'affezione luetica generale è rara, le cifre riferite da diversi autori oscillano fra il 2 ed il 5 per cento.

La forma più comune dell'affezione sifilitica del timo è l'infiammazione interstiziale diffusa con infiltrazione parvi-cellulare ed induramento connettivale consecutivo. Pure fra i casi messi insieme da Schlesinger se ne trova uno solo di questa specie, ed egli stesso conta un'osservazione personale di aumento connettivale non pronunziato. Però, vedendo con quale frequenza questa infiammazione interstiziale diffusa ha luogo in altri organi, resta molto lontana l'ipotesi che precisamente il timo faccia eccezione.

La spiegazione della suddetta sproporzione apparente non è nemmeno difficile: gomme, emorragie, cavità purulente nel timo non vengono facilmente sconosciute alla sezione anche senza incidere l'organo; l'infiltrazione cellulare e l'induramento connettivale si possono invece riconoscere ed assodare solo coll'aiuto del microscopio. L'immagine microscopica, anche nei gradi leggieri dell'infiammazione interstiziale diffusa, è facile a giudicarsi: tratti connettivali più o meno larghi separano gli acini ghiandolari l'uno dall'altro; inoltre il connettivo prolifera, seguendo il decorso dei vasi, dentro i lobuli stessi. Collo sviluppo più forte dei tratti inter- ed intralobulari ha luogo la compressione, il raggrinzamento, l'atrofia da compressione del parenchima ghiandolare, infine la distruzione completa degli acini, più o meno estesa. Lo Schlesinger osservò nei suoi preparati la presenza di numerosi corpuscoli concentrici e la frequenza di mucchi di cellule epitelioidi nel mezzo del parenchima od al posto d'esso; quest'ultime non sono affatto caratteristiche per la lue, le si sono osservate anche nella tubercolosi, difterite, nelle malattie del sangue, specialmente anche nell'iperplasia del timo. La proliferazione connettivale parte dai vasi, e più dai vasi sanguigni che dai linfatici; in essi si trovano le note alterazioni vasali, specialmente ispessimento dell'avventizia, più raramente proliferazioni dell'endotelio, restringimento del lume fino alla completa scomparsa ed alla trasformazione in cordoni connettivali.

Le gomme nel timo costituiscono delle rarità. Nella letteratura si contano 4 casi sicuri di gomme, pubblicati da Forster, Eberth, Jacobi e Mathewsen, i quali hanno parecchi punti comuni. Colla formazione gommosa esistevano d'ordinario nel timo altri stati patologici da riferirsi ugualmente alla sifilide, come indurimento o formazione di cisti.

Un'altra forma colla quale si manifesta qualche volta l'affezione sifilitica del timo, sono le grandi emorragie, potendosi le piccole avere in malattie d'altro genere, come nei disturbi respiratorii, nella sepsi ed anche nella sifilide. Le emorragie interessanti sul riguardo sono i grandi stravasi sanguigni che possono raggiungere la grandezza d'una ciriegia ed anche d'una noce. Un caso di tal genere è riferito da Barensprung, due da Randnitz, lo Schlesinger ne aggiunge un altro caduto sotto la sua osservazione.

Ed ora veniamo alla forma più interessante delle lesioni sifilitiche del timo, al reperto di cavità purulente, di ascessi, come venivano denominati prima, di cisti come si caratterizzano oggigiorno, reperto interessante, perchè rappresenta qualche cosa di speciale, un fenomeno del resto estraneo nella patologia della sifilide ereditaria.

Il primo a richiamare l'attenzione se questi ascessi del timo fu Dubois, la cui scoperta trovò in Germania maggior numero di scettici che di seguaci e destò una controversia vivace alla quale presero parte Lehmann, Weber, Weisflog, Wiederhofer, Jendrassik ed altri. Nemmeno dall'esame microscopico del contenuto degli spazii cavitarii venne portato il progresso sperato nella cono-

scenza di tali stati, per la grande somiglianza della sostanza del timo col vero pus. Questo progresso era riservato solo ai tempi ultimi, quando si rivolse l'attenzione meno al contenuto che alla parete di queste figure, e specialmente anche alla loro genesi nei tagli. E quì sono degni di venire menzionati due lavori, uno di Chiari del 1894 ed uno di Eberles. Lo Schlesinger riferisce un' osservazione propria, dall'esame dettagliato della quale risulta che i focolai necrotici trovantisi occasionalmente nel timo nella sifilide congenita i quali, quando sono più grandi, possono mentire cavità ripiene di pus, prendono la loro origine dai corpuscoli concentrici, nei quali sono immigrate cellule parenchimatose.

Tostochè queste formano una massa maggiore dentro i corpuscoli concentrici, vanno incontro alla necrosi. Contemporaneamente all'aumento dell'immigrazione si distende la parete epiteliale che circonda il focolaio, rappresentata originariamente dagli strati esterni dei corpuscoli concentrici, essa aumenta per l'aggregazione di cellule epitelioidi vicine e disposte in ordine sparso, come anche di cellule simili dei corpuscoli concentrici vicini. I focolai grandi possono acquistare nella loro fine struttura una certa somiglianza colla superficie delle tonsille palatine.

La denominazione di ascesso, assegnata da Dubois a queste cavità provviste di contenuto simile al pus, è basata sopra un punto di vista ed una spiegazione falsa. Non si tratta affatto di un'infiammazione con esito in ascesso. Nè il contenuto della cavità, che macroscopicamente può venir considerato come pus, si dimostra per tale microscopicamente e specialmente considerata la sua genesi, nè la membrana di rivestimento ha i caratteri della membrana ascessuale; piuttosto s'ha da fare da un lato con sostanza ghiandolare necrotica, dall'altro con un epitelio piatto stratificato.

La denominazione di cisti scelta da Chiari per tali focolai non è nemmeno felice. Il concetto di cisti presuppone un contenuto più o meno liquido, che non depone per i focolai in discorso. In questi si tratta d'immigrazione di sostanza solida del timo, che si riduce in poltiglia soltanto nei focolai più grandi per rammollimento secondario. Oltracciò la denominazione di cisti, anche nella patologia del timo, è conferita ad altre formazioni ed adoperata con ragione per queste.

Nella denominazione non dev'essere perduto di vista ciò ch'è essenziale ed importante secondo il loro sviluppo, e ciò è, secondo il parere di Schlesinger, la comprensione del processo come un arresto dello sviluppo normale, rispettivamente dell'involuzione normale dell'organo, un arresto nella scomparsa delle parti di tessuto devolute normalmente alla distruzione. I corpuscoli concentrici invece di andare in distruzione, come dovrebbero, si sviluppano invece, secondo date circostanze, in un modo direttamente opposto all' involuzione normale.

La comprensione del processo come un processo d'arresto s'adatta molto bene al concetto dell'affezione sifilitica, dove tali fenomeni d'arresto accanto all' infiammazione interstiziale hanno un'importanza non lieve.

Il processo descritto è a considerarsi come patognomonico, caratteristico per la lue ereditaria, ovvero s'osserva in altre malattie? A questa domanda deve rispondersi in parte positivamente, in parte negativamente. L'immigrazione di singole poche cellule parenchimatose nei corpuscoli concentrici s' osserva così frequentemente da non poterla considerare come patologica. Ma quest' immigrazione e necrosi rimangono limitate: giammai s'osservano, come nella sifilide, focolai più grandi, già riconoscibili ad occhio nudo, che fanno l'impressione di cavità ascessuali e di fusioni purulente, cosicchè essi debbono compirsi come formazioni speciali alla sifilide e soltanto ad essa, e non come formazioni caratteristiche per essa.

La forma descritta di affezione del timo deve designarsi come rara, assolutamente presa, in opposizione al dato di Dubois, cioè all' occorrere quasi regolare d'essa nella sifilide dei neonati. Essa ha al contrario una grande importanza fra l'affezioni luetiche del timo. Di 25 casi di sifilide del timo raccolti da Schlesinger, 11 presentano la detta forma. Come l'infiammazione indurativa gommosa del timo, anche questa specie di lesione s'osserva essenzialmente nei nati precocemente.

La distinzione fra gomme rammollite ed i focolai descritti non offre difficoltà di sorta, per lo meno all' esame microscopico, dato il modo di comportarsi così differente delle pareti delle cavità rispettive. Piuttosto si potrebbe restare in dubbio, precisamente all'esame microscopico, se invece di focolai non si è in presenza di lacune linfatiche. Anche questi spazii cavitarii sono rivestiti d'epitelio piatto, per lo più stratificato. Ma quì manca ogni connessione coi corpuscoli concentrici, così caratteristici nelle formazioni sifilitiche.

BIBLIOGRAFIA

Forster, *Würzburg. med. Zeit.* 1863, 4. p. 1. — Eberth. *Virch. Arch.* 1867, 40, p. 326. — Jacobi. *Transact. of the Assoc. American. Phys.* 1888, III. — Mathewsen. *Prag. med. Woch.*, 1895, 20, 11. — Barensprung. *Deut. Zeit. f. med.* 1878, p. 302. — Randnitz. *Arch. f. kinderh.* 1883, n. p. 21. — Dubois. *Gazette médicale de Paris*, 1850, p. 392. — Chiari. *Prag. Zeit. f. Heilk.* 1894, 15, 403. — Eberle. Cong. Lues der Thymus. *Inaug.-Dissert. Zürich.* 1894. — Schlesinger. *Arch. f. Kinderheilk*, Bd. 26, H. 3 e 4, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Medica della R. Università di Palermo
diretta dal Prof. G. RUMMO

SU DI UN NUOVO REATTIVO DELL'ACIDO CLORIDRICO «LA NITROIDROSSILAMMINA» E SUO VALORE NELL'ESAME DEL CONTENUTO GASTRICO.

Nota preliminare

Dr. G. Siringo, assistente alla Clinica
e laureato in chimica

E' di somma importanza per il medico il poter determinare, indipendentemente dall'acidità totale, la quantità di acido cloridrico libero. L'acidità totale si determina con la soluzione decinormale di soda: in quanto all' acido cloridrico sono stati proposti diversi metodi, fra cui quello di Cahn e Mering, di Leo, di Mintz, di Sjöqvist, di Hehner e Seemann, Winter ed Hayem, Martius e Lüttke e quello di Hoffmann che è fondato sulla proprietà dell'acido cloridrico d' invertire lo zucchero di canna.

Nella clinica comunemente si dosa l' HCl col metodo di Mintz aggiungendo cioè a poco a poco ad una data quantità di contenuto gastrico della soluzione decinormale di soda, per mezzo di una buretta graduata, e saggiando, ad *ogni nuova* aggiunta, col reattivo di Günzburg (soluz. alcoolica di floroglucina e vanillina) per accertarsi della presenza di HCl.

Quando questa reazione non si riscontra più allora si legge il numero di c.c. di soda adoperata e si fa il calcolo riportando a mille.

Si continua poi, in presenza di un indicatore, l'aggiunta della soda decinormale e si ha così l'acidità totale.

In un individuo, appartenente alla clinica privata del Prof. Rummo, ammalato da circa tre anni con fatti d'ipercloridria (senso di acidità, dolori lievi, rigurgiti acidi, torpore dello stomaco, deperimento generale con perdite di forze) si era trovato aumento di HCl. Questo individuo fin dall'inizio della malattia estraeva dello stomaco ogni mattina una quantità di liquido oscillante da uno a due litri e contenente in sospensione molti residui alimentari: negli ultimi tempi questo liquido si era ridotto giornalmente a circa 200 c.c. e contemporaneamente i residui alimentari erano quasi spariti, le forze ripristinate e l'appetito migliorato tanto da poter mangiare e digerire un pasto abbondante di albuminoidi.

Mi colpì però il fatto che, data questa miglioria, non solo il contenuto gastrico, dopo un pasto di prova, non forniva più eccesso di HCl, ma saggiato con il reattivo di Günzburg non svelava tracce di HCl. E come se ciò fosse poco aggiungendo prima del saggio sino a *cinque gocce* di una soluz. cloridrica al 0.9 °/₀₀ in tal contenuto gastrico, veniva anche mascherata la sua presenza, ed il reattivo non ne svelava tracce, mentre il reattivo di Günzburg svela, come ho potuto constatare la presenza di due sole goccie della stessa soluzione cloridrica in una quantità di acqua eguale in volume a quella del contenuto gastrico adoperato.

Il contenuto gastrico però conservava la sua acidità, e senza che mi sia riuscito di constatare la presenza di acido lattico, butirrico o acetico, l'acidità totale era di circa 2,5 °/₀₀.

Questi fatti, e principalmente quello che nel contenuto gastrico in esame, neanche dopo la aggiunta di acido cloridrico, quest' acido si poteva constatare, provano chiaramente che il reattivo di Günzburg non è in tutti i casi adatto allo scopo pel quale finora è stato adoperato, e può qualche volta condurre a risultati erronei.

Debbo qui fare osservare che fra i reattivi per scoprire l' acido cloridrico nel contenuto gastrico, quello che si presenta più sensibile e più fedele è quello di Günzburg a preferenza della tropeolina, rosso di Congo, violetto di metile, fucsina, reattivo di Mohr, di Töpfer (dimetilamido-azobenzolo) etc....... e ciò ho potuto riscontrare da un gran numero di osservazioni fatte durante l'anno scolastico. Senza pel momento discutere se questi risultati siano dovuti alla presenza nel contenuto gastrico, in casi speciali, di sostanze che combinandosi all'acido cloridrico non lo rendono più atto a dare la reazione di Günzburg o ad altra causa finora ignota, a me basta di potere conchiudere che manca finora un metodo semplice e sicuro per determinare l'acido cloridrico libero nel contenuto gastrico, e sopratutto, come sembra, l'acido cloridrico combinato a basi deboli. A questo riguardo trovo molto conveniente la distinzione fatta dal Richet dell'HCl in libero ed in attivo.

Probabilmente è da considerarsi come HCl attivo quello combinato a basi molto deboli. Ultimamente io ho osservato che il cloridrato di alcuni amino-acidi (p. es. leucina) che non reagiscono con il reattivo di Günzburg,

svolgono la quantità quasi teorica di NO coi sali della nitroidrossilammina.

I cloridrati di altre basi deboli, p. es. urea, dànno anche la reazione di Günzburg. A mio modo di vedere l'HCl nel succo gastrico è contenuto sotto tre forme principali: HCl libero, HCl combinato a basi deboli, HCl combinato a basi forti.

Le prime due probabilmente contengono HCl attivo, tutte e tre insieme l'HCl totale.

Sopra questo argomento tornerò a suo tempo.

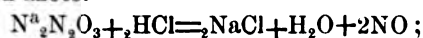
Io credo di essere riuscito a colmare questa lacuna ricorrendo all'impiego dei sali della nitroidrossilammina.

La nitroidrossilammina si può considerare come l'ossina dell'acido nitrico dotata di funzioni acide e quindi capace di fornire sali. Fra questi il sale sodico si può preparare facendo reagire quantità equimolecolari di nitrato d'etile e di idrossilammina in presenza di etilato sodico in soluzione alcoolica al 10 °/₀ circa.

Questo sale si presenta sotto forma di polvere bianca, cristallina, molto solubile nella acqua, insolubile nell'alcool.

Ho prima di tutto constatato che:

1°. L'acido cloridrico, anche diluitissimo, come in generale tutti gli altri acidi molto energici, decompone questi sali con immediato sviluppo delle quantità quasi teorica di biossido d'azoto.

$$N^a_2N_2O_3 + {}_2HCl = {}_2NaCl + H_2O + 2NO;$$

2° Gli acidi organici deboli (acetico, lattico etc...) in soluzioni diluitissime non hanno azione sopra i sali della nitroidrossilammina:

3° Questi sali non vengono decomposti da fosfati acidi (p. es. NaH_2PO_4).

Date queste proprietà è chiaro che da una soluzione acida e molto diluita quale sarebbe quella rappresentata da un succo gastrico, per aggiunta di un sale della nitroidrossilammina si dovrà sviluppare una quantità di NO proporzionale alla quantità di HCl libero.

Per le mie esperienze mi servo di una campanella graduata della capacità di circa 15-20 cc.

In essa pongo 5 cc. del contenuto gastrico, riempio poi con mercurio e capovolgo su un bagno pure di mercurio. Introduco nella campanella un po' del sale nitroidrossilamminico, che per maggiore comodità ho preparato a forma di pastiglie compresse, e dopo pochi minuti leggo nella graduazione il numero dei cc. di NO svoltosi.

L'operazione si eseguisce con rapidità e quasi tutto si riduce alla lettura del volume del gas ottenuto.

Naturalmente il volume letto deve subire le note correzioni e siccome il biossido d'azoto è un po' solubile nell'acqua, per le determinazioni esatte è necessario tener conto anche della solubilità.

Mi propongo di redigere delle tavole per queste correzioni.

Con questo metodo ho potuto constatare che nel contenuto gastrico dell'ammalato cui prima ho accennato, e che dava reazione negativa col reattivo di Günzburg, è contenuto circa l'1 °/₀₀ d'HCl; tale risultato è in perfetto accordo col fatto che un abbondante pasto costituito quasi esclusivamente di albuminoidi viene completamente digerito.

Mi propongo di continuare queste esperienze e di ricercare principalmente a quali altri acidi sia d'attribuirsi la differenza fra l'acidità totale del contenuto gastrico e quella dovuta all'acido cloridrico.

L'acido cloridrico con gli enzimi molto probabilmente determina nello stomaco dei processi idrolitici, in modo da trasformare gli alimenti in sostanze assimilabili: a mio modo di vedere anche queste proprietà degli acidi sarà proporzionale alla loro energia, precisamente come è stato verificato nell' inversione dello zucchero di canna e nella catalisi dell'acetato di metile.

Ulteriori studî mi porranno forse in grado di verificare questa mia ipotesi.

Resta stabilito che col mio metodo si determina colla massima facilità l'acido cloridrico, e che data la sua semplicità e nello stesso tempo la grande sensibilità e precisione si dovrà necessariamente preferire a tutti gli altri metodi finora proposti.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE S. ELISABETTA DI HALLE

Sul noma. Dott. A. Klautsch

Trattasi di un bambino debole, magro, spossato, che aveva avuto diarrea muco-sanguinolenta ed emorragie dentarie senza stomatite, nel quale si notò il 10 ottobre del 1898 una discreta intumescenza della guancia destra fra l'angolo della bocca e della mascella dell'estensione d'uno scudo circa, di consistenza dura, sensibile alla pressione, la pelle sovrastante era lievemente arrossata. Il focolaio si poteva limitare abbastanza bene dai tes-

suti circostanti. La bocca poteva aprirsi a stento. Contemporaneamente si ebbe salivazione aumentata. I gangli linfatici del collo a destra erano tumefatti. Dopo 2 giorni si notò in corrispondenza del punto, dove alla palpazione si era constatata l'infiltrazione dura, una perdita di sostanza nella mucosa della guancia in vicinanza dell' angolo orale, della grandezza d' un pezzo da due centesimi circa, con margini prominenti e giallo-grigiastri. Il giorno dopo, alla distanza di circa 2 cm. dall'angolo della bocca si notò esternamente nella guancia destra un piccolo foro, dal quale veniva fuori del liquido sieroso, mescolato con masse di detrito. Questo foro s'ingrandì sempre più nel corso del giorno stesso in cui fu osservato e nel giorno successivo, e contemporaneamente si fusero, diventarono necrotici e disparvero la pelle, il cellulare sottocutaneo e la muscolatura, la fascia e la mucosa. Dopo 14 giorni dall' inizio del processo il bambino venne a morte.

Lo stato generale del bambino durante tutto il tempo fu relativamente buono e niente affatto in rapporto colle gravità delle lesioni alla guancia destra.

Il bambino giaceva o stava seduto tranquillo nel suo letticciuolo, le evacuazioni avevano luogo regolarmente, il sonno della notte era quieto. Non si ebbe mai febbre, il polso fu invece accelerato fin dall'inizio. L' alimentazione offrì grandi difficoltà per la tumefazione delle parti molli, in seguito anche perchè il cibo veniva nuovamente fuori dalla perdita di sostanza. Il trattamento consistette nell'allontanamento delle masse necrotiche colla forbice e col cucchiaio tagliente e nelle cauterizzazioni consecutive col nitrato d' argento, parte in sostanza, parte in soluzione, ed in impacchi della guancia e lavatura della bocca con permanganato di potassa.

Nel quadro morboso suddescritto s'hanno in forma tipica momenti caratteristici per il noma : l'inizio del processo alla mucosa orale, l'infiltrazione dura delle parti molli della guancia, la distruzione rapida della parte infiltrata da dentro in fuori in tutta la sua spessezza, la delimitazione netta del distretto affetto dai suoi dintorni, il progredire della necrosi anche all' osso del mascellare inferiore, senza sorpassare la linea mediana del viso, inoltre la salivazione aumentata ed il fetore penetrante dalla bocca.

La genesi di questo caso è tanto più strana inquantochè il noma si svolse malgrado la pulizia più rigorosa sotto ogni riguardo. Dando uno sguardo ai casi di noma pubblicati nella letteratura, si vede che gl' individui colpiti dalla malattia erano per lo più degli esseri che lasciavano molto a desiderare nella nutrizione e nello sviluppo, che, malandati per influenze nocive durature disparatissime, per lo più per malattie consuntive, specialmente morbi infettivi gravi, come morbillo, tifo e malaria, erano spesso affetti da una discrasia pronunziata, dalla scrofolosi e tubercolosi, più raramente dalla rachitide. Il noma vien quindi compreso quale un processo secondario che viene determinato dalle malattie più disparate.

Di teorie sul meccanismo di produzione del noma, ve n'ha una serie intera. Giacchè quelle, che cercavano di spiegare la produzione del noma, per analogia alle note forme di gangrena, con azioni nocive insorgenti dall'organismo stesso, come afflusso di sangue deficiente o abolito, trombosi delle vene della guancia, o con alterazioni del sangue o della linfa o, analogamente alla necrosi della cornea dopo sezione del trigemino, con un disturbo nutritivo di origine nevroparalitica, trofonevrotica, non erano sufficienti a spiegare da sole un' affezione grave localizzata così speciale, s' affacciò la questione se la gangrena nomatosa non possa esser determinata da azioni nocive esterne, da microrganismi. Nelle ricerche rivolte su quest'indirizzo si doveva già a bella prima essere rassegnati al fatto che in questo focolaio gangrenoso si sarebbero trovati i microrganismi più diversi; si doveva quindi contare con grandi difficoltà per caratterizzare un microrganismo come l' agente specifico. Il primo a constatare con sicurezza la presenza di microorganismi nella gangrena nomatosa fu Ranke, il quale trovò dei cocchi; però, non avendo eseguito delle colture, il Ranke stesso lasciò indeciso se a questo microorganismo spetti un'azione specifica. Schimmelbusch trovò invece dei bastoncelli corti ad estremità arrotondate, spesso uniti a due secondo la lunghezza, nelle masse necrotiche e dentro il tessuto in via di distruzione. Egli descrive i caratteri culturali di questi bacilli. Inoculando pezzettini di tessuto e culture pure a conigli, topi, colombi e polli solo in quest'ultimi ottenne necrosi circoscritta, della grandezza di un fagiuolo, che dopo 3 giorni guarì. Un altro bacillo essenzialmente diverso da quello di Schimmelbusch venne trovato da Grawitz nel caso da lui osservato, egli però non fece culture, nè esperimenti d'inoculazione. Le ricerche di Nicolaysen, praticate in 2 casi di noma, diedero nei tagli eseguiti dalla parte ammalata un grande numero di bacilli e cocchi. I bacilli si trovavano nel tessuto necrotico, si spingevano però anche un poco nel sano, mentre i cocchi vennero osservati anche alla distanza di 1 cm. dal limite necrotico e sembravano giacere nelle vie linfatiche. Nelle culture, praticate dal luogo gangrenoso e dalle parti limitrofe, si svilupparono soltanto un cocco, uno stafilococco non fluidificante e non patogeno, ed un bacillo più o meno polimorfo ed ugualmente non patogeno, che al suo aspetto ricordava il bacillo della difterite. In un altro caso osservato da Schmidt si trovarono nel tessuto necrotico diverse specie di cocchi e bastoncelli, nel tessuto infiltrato da edema un comma-bacillo che non produsse alcun fenomeno

negli animali sani. In questo caso l'autore ritiene il commabacillo in unione cogli altri batterii come il produttore della distruzione putrida del tessuto.

Come Babes e Zambilovici, Guizzetti ha recentemente descritto un bacillo corto, dritto, immobile, con estremità arrotondate come l'agente specifico del noma, trovato da lui in quantità enormi e senza concorrenti al limite del focolaio morboso, mentre nel centro di questo erano presenti diversi microbi in quantità varia. Culture di questo bacillo riuscirono facilmente, specie nell'agar glicerinato. Il bacillo fluidifica la gelatina, coagula il latte, non forma indolo, riduce invece i nitrati in nitriti, fa fermentare lo zucchero d'uva, non però lo zucchero di latte. Con iniezioni sottocutanee di emulsioni di culture pure in punti appropriati come guancia, padiglione dell'orecchio, superficie interna del femore, gli riuscì di produrre gangrena nei conigli, mentre le cavie reagirono per lo più con formazione d'ascessi. Il processo negli animali inficiati restò per lo più locale, pure s'ebbe qualche volta infezione generale settica. Se questo bacillo sia realmente l'agente del noma, come Guizzetti ritiene molto probabile, resta indeciso. Forse anche l'opinione di Freymuth ha qualche cosa che depone in suo favore, che cioè il noma è invero un'affezione determinata da microorganismi, non un'affezione specifica, ma ch'essa, analogamente alla peritonite, può esser prodotta ora dall'azione di un microorganismo, ora da quella d'un altro, e che i microrganismi da soli non producono il noma, ma ch'è necessaria per ciò una disposizione individuale. Egli appoggia la sua ipotesi al fatto d'aver riscontrato in due casi di noma, uno dei genitali ed uno della faccia, insieme a numerosi batterii della putrefazione d'ogni specie, il bacillo della difterite di Löffler e d'avere avuto la conferma anche dal successo della terapia causale. Freymuth crede che il noma, se non sempre, può in date circostanze esser prodotto dal bacillo difterico. Già la localizzazione della malattia, come gangrena degli orifizi, ricorda troppo la localizzazione della vera difterite; inoltre la preferenza, che ha il noma per gl'individui ammalati di morbillo, appoggia il sospetto del nesso causale fra difteria e noma.

Dalle ricerche riferite bisogna in ogni caso ammettere, che nel noma non si tratta dell'azione d'un solo agente morboso specifico, ma che parecchi batterii della putrefazione, che restano senza azione in una mucosa sana, portano in iscena il processo di necrosi, ove pervengono su di una mucosa alterata, disturbata nella sua nutrizione e disposta alla necrobiosi, e penetrano anche irresistibilmente attraverso le parti molli fino all'osso. Come condizione cardinale per una possibile infezione resta perciò una disposizione individuale pronunziata. Sulla questione del contagio, rispettivamente dell'infettività o del dominio endemico della malattia negl'istituti, i pareri sono pure discordi. Parecchi osservatori sono dell'opinione che non ha luogo una comunicazione della malattia immediata o per mezzo dell'aria, ch'essa perciò non è contagiosa, mentre altri sostengono che il noma con un lungo soggiorno in un ospedale sviluppa un miasma formidabile che può venire estirpato solo allorchè nell'istituto non occorrono individui ricettivi per esso; si dovrebbe perciò ritenere la gangrena dei bambini per infettiva, come la scarlattina ed il morbillo, il vaiuolo ed il tifo. Ma non essendosi finora osservato il noma in grande diffusione epidemica, nè constatata dall'esperienza con precisione sufficiente l'origine e diffusione miasmatiche o contagiose, nè addotta ancora la constatazione sicura di microorganismi specifici, non havvi luogo a temere un'epidemia di noma tanto più che la malattia non occorre mai in un bambino perfettamente sano, ma solo in bambini della classe povera mal nutriti o scadenti, ovvero in individui, che in seguito a gravi malattie hanno subito un danno duraturo nel complesso del loro organismo, con che è stato in qualche modo predisposto il terreno al noma. (*Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. 26, H. 3 e 4, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

Presidente Pestalozza.

Seduta del 7 giugno 1899.

Lenzi. **Estirpazione di una fistola cervico-brachiale, laterale, inferiore completa.** — Presenta una giovane operata dal professore Colzi nella clinica chirurgica di Firenze di asportazione completa del tramite fistoloso. Presenta dei preparati istologici per dimostrare la struttura della fistola, che era lunga undici centimetri e formata da una parete connettivale e da un rivestimento interno mucoso. Notevole, nella parte esterna della parete connettivale la presenza di fascetti longitudinali di fibre muscolari striate, i quali contornano quasi completamente la parete fistolare, specie nella sua porzione più prossima alla faringe. La mucosa presenta epitelio vario di forma a seconda del tratto di fistola che si esamina. Così è pavimentoso a più strati molto simile al cutaneo, in prossimità dell'orifizio esterno; cilindrico composto, senza dimostrabili ciglia vibratili nei tratti medii; stratificato, ma con cellule piuttosto basse, d'aspetto quasi pavimentoso verso l'estremo faringeo. Sotto l'epitelio si osserva una zona adenoidea molto simile a quella che si osserva nella mucosa della faringe, ed una elegante rete elastica a direzione circolare. Quanto all'interpretazione del caso, il relatore crede possa trattarsi qui di una derivazione del secondo solco branchiale e del seno precervicale di His.

Seduta del 14 giugno 1899.

Picchi. **Due casi d'infezione tifica senza localizzazione intestinale.**—Si tratta di due sorelle che ammalatesi contemporaneamente muoiono dopo un mese di malattia, clinicamente tifo, una per cancrena polmonare, una per embolia completa della polmonare. L'autopsia dimostra per ambedue l'assenza completa ed assoluta di lesioni intestinali. Le colture eseguite con le solite cautele dànno la persistenza di un bacillo in cultura pura nel fegato di una e nel fegato e milza dell'altra. Questo bacillo per tutti i caratteri culturali presentati nei più svariati terreni, per la sua mobilità, per la reazione agglutinante data col siero di un tifoso risulta chiaramente essere il bacillo di Eberth. Conchiude perciò essere questi due esempi d'infezione tifica senza localizzazione intestinale.

Discussione dell'ordine del giorno proposto dai dottori Radaeli, Pieraccini e Bessone riguardante la vendita dei sieri curativi.

Il dott. Pieraccini dà lettura dell'ordine del giorno concretato in collaborazione coi dottori Radaeli e Bessone. Il prof. Pestalozza ricordando che l' art. 13 del regolamento prescrive, che le questioni scientifico-pratiche debbano essere discusse ed approvate non dall'Assemblea, ma da Commissioni speciali nominate dal Consiglio Direttivo propone che l'ordine del giorno sia passato alla Commissione, che sarà nominata in seduta segreta dal Consiglio Direttivo. Dopo breve discussione il prof. Chiarugi presenta il seguente ordine del giorno che viene approvato. « L'Accademia, facendo plauso ai concetti espressi nell'ordine del giorno presentato dai dottori Pieraccini. Radaeli e Bessone, deferisce l'esame della questione ad una Commissione da nominarsi secondo il disposto dell'articolo 3 dello Statuto ».

Riunitosi dopo la seduta, il Consiglio Direttivo procede alla nomina della Commissione, la quale risulta costituita dai professori Chiarugi, Banti, Mya e dai dottori Flora, Bessone, Pieraccini e Radaeli.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Seduta del 20 giugno 1899.

Hervieux. **Studio sulle eruzioni non bene caratterizzate del vaccino e loro significato.**—Dimostra che il falso vaccino, non è che vaccino vero, e ció in seguito ad esperienze. Raccogliendo in un certo numero di soldati il liquido che si é considerato altre volte come falso vaccino e inoculandolo ad una giovenca, e dopo col vaccino raccolto su questa inoculando un altro animale, si nota come il vaccino conserva la sua virulenza. Inoculando il vaccino della seconda giovenca su bimbi e su adulti, si viene anche agli stessi risultati. Il falso vaccino non è in realtà che vaccino vero, poichè malgrado il suo imperfetto sviluppo, può fornire al soggetto che lo riceve, quella immunità che gli manca.

Laborde. **Radioscopia e radiografia.**—Ricorda i servizi resi alla medicina dalla radioscopia e dalla radiografia, e l'importanza dei lavori di Barthèlemy e Oudin su questo soggetto.

Richelot. **Trattamento chirurgico del gozzo esoftalmico secondario.**—Presenta un infermo operato da Morestin. Marie e Tillaux hanno di già veduto scomparire i segni del gozzo esoftalmico in seguito alla estirpazione parziale del corpo tiroide. Nel caso di Richelot si tratta di una donna affetta da lungo tempo di un piccolo gozzo che si accompagnò in linea secondaria ad esoftalmo e ad altri sintomi basedowiani. La resezione parziale del gozzo, fece scomparire interamente questi sintomi.

Catrin. **L'ereditarietà nella etiologia della tubercolosi.**—Facendo una attenta investigazione sugli antecedenti degli individui affetti da tubercolosi, ha potuto notare che il numero dei soggetti che presentano degli antecedenti ereditari di tubercolosi non sorpassa il 19 per cento. Quei pochi tubercolosi che l'oratore dice di esser riuscito a guarire erano tutti soggetti che acconsentirono a soggiornare in campagna, sottoponendosi al riposo il più assoluto. L'altitudine non è dunque il fattore principale nel trattamento della tubercolosi colla cura di aria.

Mendel. **Trattamento delle affezioni bronco-pulmonari e in particolare della tubercolosi colle iniezioni intratracheali di olii volatili.**—Tale trattamento è basato sulle proprietà battericide degli olii volatili. Egli si è servito delle essenze di timo, d'eucalyptus e di cannella, associate, in soluzione del 5 per cento in olio di oliva e iniettate nella trachea. A queste sostanze egli aggiungeva secondo i casi, il bromoformio, il jodoformio, il guaiacolo e il mentolo. L' iniezione intra-tracheale si pratica collo specchio laringoscopico e non provoca nè il menomo riflesso. nè il menomo accesso di tosse, perchè la mucosa tracheale non è molto sensibile, come lo sono l'epiglottide ed il vestibolo laringeo. Mendel ha trattato con questo metodo diciotto ammalati, di cui sedici tubercolosi, un caso di bronchite acuta e una bronchiettasia: praticava giornalmente una iniezione intratracheale di nove centimetri cubici con tre siringhe consecutive; gli ammalati sono stati così trattati da quindici giorni a due mesi e qualcuno trovasi ancora in cura.

In quanto ai sintomi si è avuto: diminuzione o scomparsa rapida della tosse e dell'espettorato, ritorno del sonno, dell'appetito e delle forze, aumento del peso. L' ascoltazione non fa constatare delle modificazioni notevoli nei tubercolosi di primo grado, invece in quelli che presentano rantoli umidi o

cavernosi, si constata in circa quindici giorni di cura una diminuzione considerevole o anche la scomparsa di questi rantoli. Si tratta certamente di una inalazione intensa che si effettua in seno dei medesimi organi respiratorii, poichè l'olio iniettato discende nella trachea e si espande a livello della biforcazione dei bronchi. Le emanazioni volatili che si sprigionano, saturano l'aria intrapolmonare e vanno ad agire sulla mucosa pulmonare. Se la subottusità, la diminuzione del respiro, i rantoli crepitanti, sintomi della tubercolosi iniziale, non variano, sotto l'influenza della cura suddetta, è perchè molto verosimilmente le lesioni corrispondenti si trovano al di fuori della corrente dell'aria respiratoria; ma questo trattamento guarisce la congestione che le circoscrive.

Movimento biologico universale

1. Elliot P. Joslin, studia **« l'azione della bile sul metabolismo »**. Egli trova anzitutto che la bile è un potente diuretico, che agevola la digestione e l'assimilazione dei grassi, che attiva l'assimilazione dell'azoto e la funzione intestinale. Come effetti generali della bile sul ricambio si nota l'aumento della secrezione dell'urea e dell'azoto (*Boston Society of medical sciences*, maggio 1899).

2. Neuschüler studia **« l'influenza della narcosi sulla tensione oculare »**. Conclude che nel periodo di narcosi vi è un aumento di tensione oculare e che questo aumento si osserva sia che la narcosi si produca per via respiratoria, che per via cutanea (iniezioni). (*Supplemento al Policlinico.* n. 33, 17 giugno 1899).

3. Vinci fa degli studii **« sulla relazione fra costituzione chimica ed azione fisiologica dell'eucaina e di alcune sostanze omologhe »**. Viene alla conclusione che entrando nella molecola dell'eucaina e dei corpi ad essa omologhi, il radicale alcoolico eterificante, i fenomeni generali di intossicazione si modificano e la tossicità si aumenta molto notevolmente. (*Annali di Farmacoterapia e Chimica,* n. 3 e 4, marzo e aprile 1899).

4. Abba e Randelli si occupano **« della disinfezione degli ambienti colla formaldeide »** Concludono che non si sentono ancora autorizzati a raccomandare la formaldeide come disinfettante per i servizî a domicilio in luogo e vece del sublimato corrosivo che, finora, ha reso segnalati servigi e che non fu ancora abbandonato dagli igienisti pratici neanche in Francia, ch'è la nazione in cui la formaldeide trovò i più caldi fautori e furono ideati i primi apparecchi suscettibili di pratica applicazione. (*Rivista d'Igiene e di sanità pubblica* n. 12, 16 giugno 1899).

5. Pretti fa degli **« studii sui batterii termofili »** e contrariamente ai risultati ottenuti da Rabinowitsch ne ha trovato nell'acqua potabile dell'acquedotto di Berlino. Indi riporta un interessante reperto, che si riferisce alla rara specie delle cladotricee. Dopo molte difficoltà è riuscito ad isolarne due specie in culture pure, che si trovano depositate nella collezione batteriologica dell'Istituto d'igiene di Berlino. Questa cladotrix, è probabilmente la stessa che Globig nel 1887 molto imperfettamente descrisse sotto altro nome. Essa non vive nè alla temperatura dell'ambiente, nè a 37° (*Giornale internazionale delle scienze mediche,* fasc. 11. 15 giugno 1899).

6. William H. Smith studia il rapporto tra **« bacillo dell'influenza e pulmonite »**. Egli crede che il bacillo dell'influenza possa determinare una pulmonite che si distingue per la febbre leggiera ed i rantoli scarsi e circoscritti. Il bacillo dell'influenza può per se stesso produrre la pulmonite, ma d'ordinario è associato allo pneumococco. Il tipo di questa pulmonite è lobulare, consistente spesso in focolari multipli con tendenza ad involgere il lobo inferiore del pulmone sinistro. L'essudato è povero in fibrina. (*Boston Society of medical sciences,* maggio 1899).

7. Neuhaus fa alcune **« osservazioni relative alla legge di Baum.** la quale così dice: *Un* bambino sifilitico nato da padre sifilitico, non infetta giammai la propria madre. Riferisce pertanto un caso da lui osservato, che conferma tale legge: e da cui si rivela come il bimbo sifilitico nato di padre tale e da una donna apparentemente sana, era allattato, curato etc. dalla madre senza che essa malgrado ciò si contagiasse. L'autore crede che questo apparente paradosso si spieghi come vuole Fournier, che cioè la madre e la moglie di un sifilitico non si infetta, perchè già è costituzionalmente sifilitica. (*Monatshefte für praktische Dermatologie* n. 12, Fasc. XXVIII).

8. Willoughby Wade si occupa della **« palpitazione addominale »** che è tanto comune specialmente nella donna, ed è causa di moltissime molestie. Egli ritiene che essa sia dovuta a forte aumento della pressione vasale per azione dei nervi splancnici. Propone quindi come rimedii i nitriti e specialmente la nitroglicerina, che a piccole dosi gli ha dato ottimi risultati. (*British medical journal,* n. 1007, 17 giugno 1899).

9. Verdun fa la storia dell' **« anchilostomiasi e dell'anemia dei minatori »**. L'anchilostoma è un parassita presso a poco cosmopolita, che si sviluppa più specialmente nelle contrade calde e temperate. Sono notevoli le alterazioni che induce nel sangue. Per ciò che riguarda il modo di produzione dell'anemia esistono tre differenti ipotesi: o essa proviene dalle perdite sanguigne molto spesso reiterate; o dipende dal catarro intestinale; od è infine dovuta al riassorbimento d'una sostan-

za tonica secreta dal parassita: tutte e tre le cause sembrano però che agiscono simultaneamente. Vi ha una cura propriamente detta ed una profilassi dell'anchilostomiasi. Oltre al felce maschio si presta bene anche il timolo e la doliarina. (*Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie*, n. 49, 18 giugno 1899).

10. Léfas, studia lo « **stato delle ghiandole salivari nella linfadenia.** » La parotide si presta male a tali ricerche, perciò ha esaminato la sotto-mascellare nella linfadenia con splenomegalia senza leucemia (adenia) e nella linfadenia leucemica (leucemia). La ghiandola non era mai aumentata di volume. Non vi erano fatti di sclerosi, nè degenerativi, tranne che negli infermi che avevano presentato uno stato infettivo antico (tubercolosi polmonare per esempio); soltanto si notava un caratteristico infiltrato di cellule linfatiche. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. n. 48 15 Giugno 1899).

TERAPIA CHIRURGICA

LA CURA DELLA SPONDILITE

Prescindendo dalle altre forme di spondilite e partendo dalla spondilite tubercolare che occorre quasi esclusivamente nei bambini, il suo trattamento deve rispondere a tre indicazioni: 1° combattere la malattia generale, la tubercolosi; 2° limitare il processo locale; 3° agire contro la deformazione. Questi tre punti di mira sono naturalmente connessi intimamente fra di loro. Anche quando lo stato generale è buono, è compito del medico di sollevare le forze dei bambini con un sistema generale igienico-dietetico, ed in prima linea serve allo scopo il soggiorno all'aria fresca, specialmente aria di mare.

Per la generosità privata è stato possibile di concedere questo vantaggio anche ai bambini poveri, mercè l'istituzione di ospizi speciali. Però in confronto al grande numero di ammalati, sarà piccolo il numero di bambini che potranno godere del detto vantaggio. I bagni salini caldi, ritenuti prima la panacea dell'affezioni scrofolose e raccomandati anche oggi da molti, si sono dimostrati non solo inefficaci, ma spesso anche dannosi. Con un'alimentazione ricca (carne, latte, uova) Perl (*Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. 25, H. 3 e 4, 1899) somministra per uso interno nella spondilite quasi esclusivamente il creosoto, d'està in forma di tintura, d'inverno in forma d'olio di fegato di merluzzo creosotato. Comincia con una soluzione al 1|2-1 0|0 di cui dà un cucchiaio da thè tre volte al giorno, aumentando poscia rapidamente la concentrazione della soluzione e variando naturalmente le dosi secondo l'età del paziente.

Tutte queste medicazioni hanno il vantaggio di poter essere usate anche dai poveri. Per quanto importante sia il trattamento generale, esso non può che agire indirettamente sul processo locale distruttivo della spondilite. Questa è essenzialmente una malattia articolare tubercolare ed ha, come tutte le artriti tubercolari, la tendenza a mettere le rispettive articolazioni in posizione di contrattura. Dalla propensione ad alleviare la colonna vertebrale s'origina grado a grado una contrattura stazionaria di flessione, che da sola produce già una piegatura della colonna vertebrale e l'aumenta fino alla gobba, se essa era comparsa. D'altro canto la necrosi tubercolare d'uno o di più corpi vertebrali li rende inetti a portare il peso del corpo, li fa portare in avanti e così fa produrre la gobba, ma per questo processo vengono in contatto fra loro parti ossee e sane. è stimolata la formazione del callo e così si viene alla guarigione. Questo doppio modo di produzione della gobba ha prodotto alcune contraddizioni nel suo trattamento. Finchè la gobba è una flessione da contrattura, si può agire energicamente contro d'essa; ove rappresenti invece un modo di processo di guarigione, esso era per lo meno prima di Calot un *noli me tangere*. Donde il mezzo generalmente scelto di alleggerire, è vero, le articolazioni, di metterle in riposo e di liberarle dalla loro posizione di contrattura, ma di non adoperare alcuna forza per diminuire la formazione della gobba. Più importante però della limitazione della gobba, è di prevenirla o per lo meno di impedire il suo maggior sviluppo; quindi l'importanza di riconoscere quanto più precocemente si può i casi di spondilite, specialmente nei bambini la cui affezione non è chiara, o in altri che per l'età piccola non sono ancora in grado di dare schiarimenti sulla loro malattia, od in altri infine che non possono ancora correre ed in cui perciò sfuggono i disturbi di movimento delle gambe. V'hanno poi senza dubbio dei casi, nei quali mancano i sintomi classici, in cui per esempio un dolore addominale costituisce il sintoma iniziale della spondilite; ove la malattia risiede nella porzione cervicale, i bambini sostengono la testa colle mani, specialmente nei movimenti, nell'alzarsi, o presentano il collo torto, oppure fistole al collo.

Anche nell'affezione dei segmenti inferiori della colonna possono mancare i segni generalmente noti; che in un corpo vertebrale qualsiasi s'è stabilito un piccolo focolaio che non ha ancora prese le articolazioni e non ha leso i nervi.

Anche in tali casi si può spesso riconoscere la malattia solo dalla posizione rigida forzata della colonna vertebrale. È importante d'esaminare a letto i bambini nei quali si crede di potere constatare una cattiva posizione. Individui affetti da una malattia delle vertebre hanno una difficoltà straordinaria a voltarsi da un lato sull'altro o a

passare dalla posizione supina alla seduta. In altri casi di spondilite il primo segno è l'ascesso del bacino. Qualche volta la spondilite si presenta in forma d'una scoliosi, che si differenzia dalla scoliosi abituale tipica, perchè essa consiste in una infrazione angolare laterale della colonna vertebrale, non s'ha torsione del dorso e mancano gl' incurvamenti compensatori comuni nella forma abituale.

Ora in tutti i quadri morbosi non abbastanza chiari dei bambini se si ponderi la questione della spondilite e si tengano in considerazione tutti i sintomi cennati, si potrà diagnosticare quasi ogni caso incipiente di spondilite, anche mancando i sintomi proprii classici. Pure la malattia può occasionalmente decorrere in modo affatto latente, com' è dimostrato da alcuni casi, nei quali la spondilite venne scoperta causalmente all'esame praticato per un'altra malattia.

S'abbia anche solo il sospetto di un'affezione vertebrale tubercolare, deve adoperarsi lo stesso trattamento, che s' usa nelle infiammazioni tubercolari delle articolazioni o nei focolai tubercolari che si trovano in vicinanza delle articolazioni, cioè la colonna vertebrale deve esser messa in assoluto riposo, le parti ammalate debbono essere alleggerite e deve agirsi contro la posizione di contrattura, per prevenire l'ulteriore estensione del processo e la formazione della gobba. Tutte le misure terapeutiche debbono essere rivolte a mettere l' ammalato in condizione di respirare aria fresca. Per quanto unanimità regni su questi punti generali del trattamento, altrettanto differenti sono i metodi messi in esecuzione. In tutti i metodi descritti negli ultimi anni, quello che ha dato migliori risultati a Perl è il metodo che ora descriveremo. Dal punto di vista terapeutico-pratico egli distingue la spondilite che colpisce i segmenti vertebrali superiori e quella che attacca gl'inferiori; quale limite fra i due segmenti vale la 7ª vertebra dorsale.

Nella 1ª mette in riposo la testa, nella 2ª le estremità inferiori. Tratta tutti i casi di spondilite dei segmenti vertebrali superiori mettendo il capo in estensione forzata; dev' essere però sempre scopo del medico che i malati possano muoversi all'aria libera, fresca; a ciò riescono gli apparati portatili. Ed ultimamente Perl ha fatto uso del busto di celluloide coi colletti di Hessing, come quello che è più conseguente allo scopo. Nella maggior parte dei casi di notte sostituisce il busto con un colletto pure di celluloide, con o senza estenzione del capo per mezzo del pendolo di Glisson. Anche nella spondilite dorsale inferiore e lombare è indicato il riposo a letto all' inizio della malattia. L'estensione non è così facile a mettersi in esecuzione in questi casi, come nella spondilite cervicale e dorsale superiore. Il Perl non è del parere di quelli che trattano tutti gli ammalati di spondilite in posizione dorsale fino al principio della consolidazione della colonna vertebrale, contando egli numerosi infermi trattati ambulatoriamente fin dal principio e con risultati favorevoli. A ciò raccomanda i vestiti di gesso di Karewski.

Si è ammesso da diversi autori che l'immobilizzazione completa dell' articolazione impedisca il camminare. Non è affatto così, giacchè i bambini si spostano in avanti colla rotazione del bacino, allo stesso modo che col calzone di gesso Billroth Passati i fatti floridi, è il caso d' adoperare il busto di Sayre.

Con questo metodo di cura è stato possibile a Perl di prevenire nel maggior numero dei casi il progresso del male, cioè lo sviluppo d'ascessi, l' estensione della gobba, la comparsa di paralisi. Se malgrado ciò si ha formazione d'ascessi, ovvero vengono in cura bambini spondilitici con ascessi da congestione, il trattamento è differente secondo il grado di sviluppo dell' ascesso, la sua sede ed anche la stagione. Il Perl ritiene per esperienza personale ch'è ancora da preferirsi il trattamento consecutivo degli ascessi da congestione, aiutato dalla terapia climatica e dietetica. Ove esso fallisca, allora è il caso d'intervenire con un atto operativo: dapprima si praticano la puntura ed il lavaggio con iniezioni consecutive di olio di iodoformio al 10 0[0, che si ripetono più volte coll' intervallo di 2-4 settimane. Se, malgrado la puntura ripetuta dell'ascesso, esso si riproduce sempre, allora s' interviene più radicalmente adoperando il processo di Billroth, cioè s'incide, s' escide la membrana piogena, s'inietta olio di jodoformio e si cuce. Solo quando questi metodi hanno fallito, quando l' esistenza dell' ascesso consuma le forze per le alte temperature o minaccia direttamente la vita, bisogna decidersi ad incidere largamente gli ascessi, tamponare e drenare.

Nell'incidere gli ascessi, si può anche pervenire fino alla vertebra ammalata ed eseguire allora un'operazione radicale, allontanando il focolaio tubercolare, pure l'esito di tale atto é per lo più infausto sia per emorragia, per fatti polmonari o perchè anche nelle operazioni apparentemente radicali rimangono dei focolai cariosi e quindi la fistola.

Oltre alle indicazioni menzionate dell'apertura degli ascessi, s'è dimostrato che il pus può produrre fenomeni gravi da parte del midollo spinale direttamente per la sua pressione (Chipault, Trapp, Jakson, Mac Ewen): in tali casi l'esito dell' atto operativo è di regola sfavorevole. Ancora più dubbi sono i risultati dell'operazione, quando in connessione all' apertura degli ascessi da congestione si cercò di attaccare il focolaio, che produceva i sintomi spinali. Secondo ricerche ed esperienze recenti, le paralisi che si hanno nel corso delle spondilite non debbono riferirsi ad un' invasione del processo tubercolare sul midollo spinale o ad una compressione diretta di esso da parte della colonna vertebrale, ma piuttosto all' edema del midollo spinale e delle sue meningi prodotto

dall'elevata pressione. In seguito a ciò la prognosi delle paralisi spondilitiche è divenuta più fausta, e la terapia ha raggiunto i migliori risultati colle misure ortopediche. Di tutt' i mezzi, l' estensione ha riportato i risultati migliori e più belli. La sua azione favorevole si spiega per il fatto ch'essa produce in prima linea l' alleviamento delle vertebre ammalate, con che è facilitata la circolazione venosa e rimosso perciò l'edema delle meningi spinali. Perl tratta la mielite spondilitica da compressione coll'estensione permanente, quando non preferisce di adoperare il vestito di gesso. Se col detto trattamento non si ha miglioramento dei fenomeni nel corso di alcuni mesi, la prospettiva è abbastanza triste.

Persistendo le paralisi, subentrano il massaggio, la ginnastica e la corrente elettrica per ovviare all' atrofia muscolare, senza che però si ottenga notevoli vantaggi. ·

Calot ha tentato di introdurre un processo aggressivo e brusco nella cifosi di Pott, bisogna però distinguere il metodo cruento da lui prima adoperato e quello ora usato e designato da lui col nome di raddrizzamento mite, seguito da una fasciatura contentiva. L' inutilità dell' intervento cruento venne tosto proclamata dai chirurgi tedeschi. Ma è stato anche dimostrato anatomicamente e clinicamente l' immenso pericolo del raddrizzamento brusco.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *Archiv für Kinderheilkunde* edito de Baginski e Monti, Bd. 26, H. 3 e 4, 1899.

1. MONTI. **Contributi statistici alla dottrina della scrofolosi.** — La distinzione fra scrofolosi e tubercolosi dev'essere ancora conservata e si riferisce soltanto ai due primi stadii, nei quali manca la constatazione dei prodotti tubercolari. La frequenza della scrofolosi arriva quasi al 9 0[0 di tutte le malattie che vengono in cura. La scrofolosi cade sotto l' osservazione, quantunque raramente, già al 1° anno di vita, però è più frequente nell'età da 1 a 5 anni, ancora più frequente nell'età successive. La frequenza relativa dei singoli stadii della scrofolosi raggiunge per il 1° stadio circa il 10 0[0. La guaribilità della scrofolosi è differente secondo gli stadii. La percentuale di guarigione è per il primo stadio dell'87 0[0, per il 2° dell'85 0[0, secondo le affezioni locali dell'80-91 0[0, nel 3° stadio del 60, secondo le affezioni locali del 32-82 0[0. La mortalità è ugualmente differente nei singoli stadii della scrofolosi ed è per il primo stadio appena dell'1 0[0, per il 2° circa del 3 0[0, per il 3° al di là dell'8 0[0. Le cause di morte della scrofolosi sono nel primo stadio prevalentemente tubercolosi degli organi interni, specialmente dei polmoni, o processi infettivi intercorrenti d' altra natura, nel 2° stadio principalmente tubercolosi dei polmoni e dell'intestino, nel 3° stadio specialmente meningite tubercolare e degenerazione amiloide degli organi interni, in un certo numero di casi anche sepsi cronica.

2. E. SCHLESINGER. **Le affezioni del timo nella sifilide ereditaria.** — Vedi pag. 25.

3. J. PERL. **Sul trattamento della spondilite.** — Vedi pag. 33.

4. A. KLANTSCH. **Sul noma.** — Vedi pag. 28.

5. I. DE BARY. **Nanismo rachitico, endocardite cronica, mententi il quadro del mixedema infantile.** — Il caso riferito dall'autore costituisce un contributo interessante alla questione ancora non risoluta dell'unità di diverse forme dell'infantilismo, e dimostra che arresti di sviluppo d'alto grado, lo stato cretinoide, fenomeni mixedematosi occorrono anche colla presenza di una ghiandola tiroide completamente normale, e che perciò fenomeni affatto analoghi al mixedema possono essere determinati da altre alterazioni patologiche.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Lo stipendio dei medici condotti e la direzione della Sanità pubblica in Italia

Quella dei medici condotti è la classe cenerentola dei professionisti, la parte più trascurata anzi malmenata, dal momento che la si lascia in balia del primo capitato sulla gran sedia dei Campidogli di montagna. La legge assegna un *minimum* irrisorio come stipendio al medico condotto; ma il più delle volte questo povero disgraziato ridotto a pitoccare gli arretrati di stipendio che si accumulano, lotta corpo a corpo con la fame e la disperazione. Sono continui i lamenti che ci giungono da questi poveri colleghi, e ci fanno strazio le loro parole. Pare che tutte le bufere si scatenino sul capo del povero medico condotto. I municipii nell'accettarlo, non facendo alcuna differenza tra medico e spazzino municipale, vorrebbero prenderlo quasi a giornata per far sì che egli non acquisti mai quel tale dritto di stabilità; i partiti lo bistrattano in tutti i modi, ognuno per asservirlo al proprio carro, pronti poi ad abbandonarlo appena dà noia; la cassa sempre vuota quando si accosta il medico a riscuotere i suoi lauti appannaggi. E così questo *servus servorum Dei* trascina la vita tra gente, che gli ricambia odio per gratitudine e l'obbliga a chinarsi umile davanti al segretario comunale che gli dovrà poi anticipare qualche lira sui tanti arretrati, e davanti al panettiere che gli fa credito del più necessario.

Dei due paria della società, il medico condotto

ed il maestro comunale, quest'ultimo ha trovato nel ministro attuale di pubblica istruzione, un uomo di cuore, il più valido protettore che sicuramente lo garentisce da ogni sopruso. Il medico condotto resta ancora abbandonato e non sa a chi rivolgersi nei tanti tristissimi momenti che ne avvelenano l'esistenza. Tutta un'organizzazione di protezione per il medico condotto e di garenzia per la pubblica salute, era stata tracciata ed attuata dal Crispi; ma non si tardò a travisare l'opera sua sì che ora di tutta quella organizzazione, che era un modello nel genere, non restano più che de pezzi staccati inutili a sè è di molestia agli altri.

Gli ufficiali sanitarii costretti, per mancanza di mezzi opportuni, a far valere il loro titolo solo sulle carte da visita; i medici provinciali messi alla *suite* dei prefetti e senza autorevole direzione centrale, son destinati a popolarne ed illustrarne la corte, spesso costretti per mancanza di microscopio a rinunziare anche alla soddisfazione di far vedere al loro capo immediato quanti bacilli si trovano nell'acqua che egli beve. Più in alto poi la direzione di sanità pubblica, di cui non sappiamo più se ancora funzioni; e al di sopra di tutti il ministero dell'interno, ove forse si pensa e si provvede alla pubblica rappresentanza, ma non certo alla pubblica salute. E di tutte le leggi che regolano la pubblica igiene, che assicurano al cittadino un'acqua pura ed un ambiente sano, fa giustizia la polvere ed i microbi che sfuggono all'occhio vigile della direzione della Sanità pubblica.

È questo il solito andazzo: distruggere ciò che han fatto i predecessori per il semplice gusto di fare del nuovo; poco badando all'interesse del pubblico. Potrebbero poi, in caso di sinistro, al ministero dell'interno assumere tutta la responsabilità del loro operato? Nè vale rifugiarsi sotto l'ali degli splendidi nomi del Consiglio Superiore di Sanità, il quale poche volte si raduna ed ha solo potere consultivo.

Di tutto un vasto e geniale concetto restano i noncuranti ed inadatti in alto, i sofferenti in basso a piatire dalle casse comunali le bricciole degli stipendi che non vengono mai.

Vorremmo aprire una rubrica per consacrare i nomi di quei municipii che sfruttano tanto decorosamente la nobile attività dei loro medici condotti. Ce ne trattiene solo il pensiero che renderemmo ancora più tribolata l'esistenza a questi poveri infelici abbandonati senza protezione. Torneremo però con una serie di articoli sugli affari della Direzione di Sanità pubblica. Noi non vogliamo farne *un papato igienico:* ma vorremmo che a capo di essa fosse un uomo che per autorità possa stare alla pari con i membri del Consiglio Superiore di Sanità e possa dare sicura garenzia al paese.

FORMULARIO

Contro i dolori ed i vomiti dell'ulcera gastrica

Sottonitrato di bismuto.	gr.	2
Estratto di belladonna	»	0,10
Sciroppo gommoso	»	120

Si dia a cucchiaiate nelle 24 ore.

***Butherfon*. Contro la costipazione**

Podofillino / Evonimino	ana gr.	0,40
Estratto di belladonna	»	0,20
Estratto d'*hydrastis canadensis* .	»	1
Sapone medicinale.	»	2

per 20 pillole. Una nel pasto della sera.

***Poix*. Cura delle diarree infantili col dermatolo e la dieta idrica**

Si dà gr. 100-150 d'acqua bollita ogni ora e mezzo o altrettanto infuso di tiglio.

Il dermatolo è dato alla dose di 1 grammo al giorno, se il bambino ha 1-6 mesi; 2 grammi se il bambino ha più di 6 mesi

Dermatolo	gr.	1-2
Pozione gommosa.	»	100

NOTIZIE E VARIETÁ

Congresso medico lombardo-veneto

A Como nel prossimo mese di settembre si riunirà il VII Congresso medico interprovinciale della Lombardia e del Veneto.

Congresso francese di chirurgia

Il XII Congresso dell'associazione francese di chirurgia si aprirà a Parigi, alla Facoltà di medicina, il 16 ottobre 1899, sotto la presidenza di Poncet (di Lione). La seduta inaugurale avrà luogo alle due.

Due quistioni sono state poste all'ordine del giorno:

1° L'isterectomia addominale totale. (Ricard, relatore).

2° Tumori ossei. (Relatori: Pollosson e Berard).

Tutti i soci sono pregati d'inviare non più tardi del 15 agosto il titolo e le conclusioni delle loro comunicazioni a M. Lucien Picqué, segretario generale, rue de l'Isly, 8, Parigi.

Ricard, relatore della 1ª quistione prega quei colleghi che vorrebbero fargli conoscere le loro statistiche personali o le osservazioni che loro ha suggerito la pratica dell'isterectomia addominale di rivolgersi a lui. D.r Ricard, 68, rue Pierre-Charron, Parigi.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 - Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Ancora sul geroderma genito-distrofico o senilismo (Rummo)

Un recente lavoro di Tambroni e Lambranzi, comparso sulla *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, del quale noi abbiamo tra mani l' estratto, ci presta l' occasione di tornare ancora una volta sulla distrofia generale, già descritta da Rummo e Ferrannini nell'agosto del 1897, e battezzata con i titoli di *geroderma genito-distrofico o di senilismo*. In questa loro pubblicazione Tambroni e Lambranzi riferiscono un caso di un uomo di 46 anni, mendicante, da Codigoro (Ferrara), che offre, secondo emerge dalla loro descrizione, tutte le note del senilismo secondo il tipo descritto da Rummo e Ferrannini tranne quelle della voce che è sottile, del potere intellettivo che è mediocre, differenze che i distinti autori ritengono trascurabili, e tranne la presenza di lesioni tiroidee, di cui non vedono alcun accenno nella 1ª relazione di Rummo e Ferrannini del 3 agosto 1897, nè nella comunicazione fatta dal Prof. Rummo all'Accademia medico-chirurgica universitaria di Palermo (26 giugno 1898), nè nella nostra *Rivista sintetica* dell'11 gennaio 1899.

Ci piace costatare da una parte, come, fatto stranamente raro in Italia, i due esimii autori riconoscano già l' importanza del complesso sintomatico del senilismo; e diciamo raro, poichè in Italia, dove così larga messe di lavori geniali si produce ogni anno, si ha così poca fiducia nelle nostre forze scientifiche, se si ha da giudicare dalle attitudini vandaliche che hanno certi critici da strapazzo! D'altra parte, ci piace insistere su di un punto delicatissimo della storia del senilismo: il senilismo, descritto dal Rummo, è una sindrome od una malattia vera e propria? A tale quistione necessariamente si collega l'altra d'indole patogenetica del geroderma: è questo in rapporto all'atrofia della tiroide; è quindi una varietà di mixedema frusto come vogliono Tambroni e Lambranzi?

Un punto sul quale non può sorgere alcuna controversia è certamente quello che il senilismo, non può nè deve confondersi con l'infantilismo; poichè il Rummo, prima, all'Accademia medico-chirurgica universitaria e Tambroni e Lambranzi l' hanno dimostrato poi in maniera esauriente.

Ed, infatti, il tipo ideale dell' infantilismo, non il tipo ibrido, ha caratteri clinici che stanno perfettamente agli antipodi del senilismo; tanto che considerando clinicamente per infantile un gerodermico si commetterebbe un errore banalissimo di nosografismo. Nella determinazione dei tipi clinici di queste distrofie generali bisogna mirare ai tipi classici per potere stabilire delle differenze nette; poichè le forme fruste, anomale, si prestano a grossolani errori di classificazione, generando un confusionismo illogico.

Sono difatti assai spiccate le differenze che esistono tra l'uno e l'altro. La *facies angolosa senilis* del gerodermico, dalla pelle color cera vecchia, flaccida, grinzosa, glabra, trova un contrapposto nettissimo nella faccia lunare, paffuta, dalla pelle rosea, liscia del tipo infantile; nel primo vi ha tendenza al gigantismo e lo scheletro è massiccio, pesante, dalle linee scabre, mentre nel secondo la statura è assai piccola, e, rinforzando forse un po' le tinte, si potrebbe dire che l'infantile tende al nanismo; nel senile i capelli sono ispidi ed imbianchiscono assai presto, mentre nell' infantile essi sono piuttosto morbidi e radi; la psiche del primo regolarmente normale è invece deficiente nel secondo; il senso genesico nullo o deficiente nel gerodermico è nullo o pervertito assai spesso nello infantile.

Tali differenze capitali già bastano per individualizzare l' infantilismo ed il senilismo, perchè nelle forme fruste delle due distrofie esse risaltino in modo da guidare sicuramente la diagnosi.

Quindi è inutile insistere di più sulla fenomenologia della gerodermia, già delineata nelle note antecedenti, e su cui si ritornerà più ampiamente fra breve quando sarà ordinato tutto il materiale raccolto, che ha permesso di fare su essa delle deduzioni patogenetiche interessanti.

Per ora ci basti il sapere che per molteplici caratteri morfologici il senile non è l' infantile.

Se la questione clinica del senilismo ha potuto destare delle controversie lo si deve pria di tutto, secondo noi, al fatto che mai altrove quanto quì in Sicilia la forma è tanto frequente e classica; quì a Palermo, oltre ai casi registrati dal nostro maestro, non è raro imbattersi in qualcuno di questi gerodermici, volgari nel più ampio senso della parola, e dalla statura gigantesca, e dalla *facies angolosa senilis* la più caratteristica. Non sappiamo se questa triste prerogativa debba appartenerci.

a noi siciliani, per qualche altra influenza all'infuori di quella del nostro clima o della nostra razza. Certamente altrove, come ha affermato il Rummo, è un po' rara, e dev'esser poco classica, se si vuol giudicare dal caso recente di Tambroni e Lambranzi, giustamente posto da questi autori nella categoria del senilismo, riconosciuto da essi come una forma clinica autonoma; poichè se si vuol mettere in raffronto la fotografia del loro individuo, con quelle pubblicate da Rummo e Ferrannini nella *Riforma Medica* del 3 agosto 1897, a cui fedelmente somigliano per la durezza e senilità delle linee tutte le altre inedite, non si tarda a notare nel ritratto di Tambroni e Lambranzi, una *facies angolosa senilis* fortemente attenuata.

L'infantilismo con tutte le sue varietà ed anomalie ha contribuito poi a rendere un po' difficile la questione della diagnosi differenziale del senilismo.

L'infantilismo, creato dal Lasègue, fu poi studiato da Lorain, Faneau de la Cour, Brouardel, Gérard, Hertoghe, Meige, Brissaud, ecc. L'infantilismo del tipo Lorain non è però l'infantilismo del Brissaud. L'infantile del Lorain è un ritardatario, un essere mal venuto, di corto spirito, di piccola statura; è un omino od una donnina che attendono indefinitamente l'ora della sessualità. Gli individui di questo tipo sono degli *anangioplasici* che hanno delle vie arteriose o gli orifizii cardiaci esigui, che hanno un'ematosi insufficiente. In tali casi i fattori sono assai complessi: le varie cachessie, atrepsie, la miseria fisiologica, l'alcoolismo, la tubercolosi, l'eredo-sifilide (Fournier), la lepra, la malaria (Lancereaux), si traducono con un arresto di sviluppo che mena all'infantilismo.

L'infantile del Brissaud, dalla faccia rotonda, dalle labbra sporgenti e carnose, dal naso poco sviluppato, dal viso glabro, dalla pelle fine e chiara, dai capelli fini, dal torso allungato e cilindrico, dallo adipe sotto-cutaneo abbondante che maschera le angolosità ossee, dagli organi genitali rudimentali, che non ha peli al pube ed alle ascelle, con laringe poco saliente e con la voce sottile, con psiche bambina, presenta un corpo tiroide generalmente piccolo. L'infantile del Brissaud è tale perchè è un mixedematoso. Per lui l'infantilismo mixedematoso non è se non una varietà di mixedema infantile, sovraggiunto tardivamente, cioè più o meno prima dell'epoca normale in cui finisce l'accrescimento. Questa varietà, secondo lui, costituirebbe l'infantilismo più puro. Così il mixedema godrebbe un ufficio patogenico di primo ordine in un certo numero di casi di infantilismo. Ad appoggiare il suo concetto starebbero i fatti sperimentali di Gley, Hofmeister.

Questo mixedema attenuato, questo infantilismo mixedematoso, non è che una varietà di mixedema sovraggiunto tardivamente. Esso, contrariamente al mixedema infantile, capita nell'adolescenza, non è una cachessia ma un disturbo della funzione tiroidea. Questa *distiroidia* (Hertoghe) presenta come sintoma fondamentale l'arresto dell'accrescimento ed accessoriamente l'assenza della pubertà. Variando di intensità questa distiroidia produce dei quadri di infantilismo con tinte più o meno cariche. Come stadii intermediarii si osservano l'obesità semplice, il rachitismo, la distrofia condro-fetale. L'unità etiologica dell'infantilismo verrebbe provata dalla coesistenza nella stessa famiglia dei differenti tipi dell'infantilismo, dell'obesità, della condro-distrofia, del rachitismo, del mixedema: dalla presenza di antecedenti distiroidei dei parenti (malattia di Basedow, asma tiroideo, menorragie); dagli effetti terapeutici che esercita in queste varie forme d'infantilismo la medicazione tiroidea.

Così per il Brissaud le alterazioni tiroidee son tutto nell'infantilismo mixedematoso: però il Brissaud non ha preteso che queste alterazioni godessero lo stesso ufficio in tutti i casi. E dev'essere così; non in tutti i casi difatti è clinicamente dimostrata l'atrofia della tiroide; in altri sono evidentemente le distrofie di altri organi e tessuti che stanno a base dell'infantilismo. Già le vegetazioni adenoidi della faringe (l'*adenoidismo* di Hertoghe) le lesioni spleniche palustri (Lancereaux), all'infuori di ogni lesione tiroidea apprezzabile, possono stare a fondamento di certe forme infantili, specialmente facienti parte del tipo Lorain. Tanto in questo, anangioplasico, quanto nel tipo Brissaud, distiroiditico, che sono le varietà principali dell'infantilismo, in fin dei conti, pur esistendo certe note cliniche differenziali, trattasi sempre di una distrofia generale, che arresta lo sviluppo organico ed infantilizza gli individui.

Le cause, la patogenesi dell'infantilismo possono esser multiple, nè è, secondo noi, necessario ricorrere sempre ad alterazioni distrofiche od atrofiche tiroidee, per fare di tutti gli infantili delle forme tipiche o fruste di mixedema. Per lo meno, se le alterazioni tiroidee, la distiroidia, possono godere un ufficio ragguardevole nella patogenesi dell'infantilismo, esse non debbono essere le principali. Gli infantilismi anangioplasici, quelli secondarii all'alcoolismo, alla tubercolosi, alla sifilide, alla lepra, alla malaria, dei parenti degli infantili, alle vegetazioni adenoidi, all'adenoidismo di Hertoghe, provano chiaramente che non è necessario ricorrere sempre all'identica fonte patogenetica tiroidea. Per lo meno la causa dev'esser molteplice, e ciò viene anco dimostrato dalla presenza di forme miste, in cui l'infantilismo è associato al feminismo, se pur di questo si vuol fare una sindrome od una entità speciale, al nanismo, al gigantismo, all'obesità, rachitismo, al mixedema vero, all'asma tiroideo, ecc.

Per lo meno é da mettere in dubbio che lo infantilismo debba rientrar tutto nel quadro

del mixedema: lo stesso Brissaud, fautore del distiroidismo a base dell'infantilismo, crede che non in tutti i casi si deve pensare ad una lesione tiroidea come fondamento di questa distrofia generale. Certamente, e su questo ha insistito il Rummo fin dalle prime pubblicazioni sull' argomento, tutte queste adeno-distrofie si danno la mano a vicenda: essendo dei disordini che, congenitamente o in maniera acquisita, però sempre data un'immancabile predisposizione congenito-ereditaria, colpiscono la nutrizione generale, le modificazioni morfologiche che ne risultano sono coniate con lo stesso stampo: tutte rientrano nello stesso campo delle deviazioni nutritive generali. Tutto sta a vedere se le note speciali ai singoli distrofici, che sono tali perchè il potere trofogenico di tutte le ghiandole trofiche, sedicenti o non, a secrezione interna o non, e ciò sia detto per legge generale, dipendano dalla predominanza di deviazioni trofogeniche delle singole ghiandole o tessuti dell' organismo. Perocchè è improbabile che alterata, deviata in qualsiasi modo, la funzione trofogenica di una ghiandola o di un tessuto, non debba, se non contemporaneamente, primigeniamente, almeno consecutivamente, avvenire un disquilibrio nei poteri trofogenetici delle altre ghiandole o tessuti, per un annullamento o deviazione nei rapporti di trofogenismo in cui certamente debbono stare tutte le ghiandole, organi e tessuti dell'organismo. Oggi si sa, è vero, che particolari lesioni sperimentali o spontanee di un dato organo o tessuto possono produrre alterazioni trofiche generali speciali, a cui per lo più i bruti e gli uomini non sopravvivono: son noti i mixedemi spontanei od operativi, consecutivi a lesioni spontanee od all' ablazione della tiroide, le acromegalie consecutive alle lesioni della ghiandola pituitaria; ma le lesioni od ablazioni di questi organi non scuotono forse il potere trofogenico di tutte le altre ghiandole e di tutti i tessuti dell' organismo? E che è questo trofismo se non qualche cosa a cui nessuna cellula dell'organismo si sottrae, per nulla speciale di questa o di quella ghiandola, di questo o di quell' organo o tessuto? Nelle lesioni sperimentali che noi procuriamo, in quelle spontanee che non vediamo sviluppare in individui normali, l'intervento nostro o la lesione patologica localizzati non guastano semplicemente il meccanismo trofogenico di una sola parte dell'organismo, ma interrompono questo grande circuito trofogenico a cui ogni elemento organizzato dell'individuo porta il suo contributo. È questione di effetti, quella della lesione di un organo o di un tessuto; di effetti più o meno drammatici, determinati da un guasto capitato in un accumulatore di trofogenismo. Quest'effetti poi non debbono essere costanti, come si tende a stabilire per regola generale, per rapporto all' importanza trofica che si vuol dare a certe ghiandole. Io non so comprendere perchè le identiche lesioni, l' ablazione completa della ghiandola tiroide nell'uomo, come vien praticata da molti chirurgi, tra cui dal Bottini, come abbiamo visto praticare molte volte quì a Palermo dal Tansini, non debbano sempre produrre le alterazioni trofiche generali che avvengono in certi individui; anzi mi pare il Bottini affermi, in base alla sua lunga esperienza in materia di gozzi, che per mettersi al riparo degli accidenti tireoprivi, bisogna asportare tutta la ghiandola. Parrebbe quindi che le lesioni mixedematose dell'uomo, non debbano tanto provenire dall'ablazione della tiroide, che nei bruti disequilibra il trofismo generale in maniera certa, quanto da lesioni più complesse, molteplici, che debbono colpire in una volta, per una singolare predisposizione, i poteri trofogenetici di parecchi organi, ghiandole e tessuti dell' organismo.

Ciò capita, direi quasi, sotto ai nostri sensi nell'individuo fuori dello stato embrionale. Ma in questo stato, a cui debbono certamente farsi risalire le distrofie, l' ipotesi, non perchè avvolta nel buio dell'embrionalità, acquista maggior valore. Ma su questo diremo più lungi.

Ne consegue quindi che interrotto, alterato, deviato il trofismo organico in qualche punto del circuito, per il contraccolpo maggiore o minore che ne risentono certi grandi accumulatori di trofogenismo, si debbano avere delle deviazioni morfologiche, che risentono tutte, è vero, della stessa originaria alterazione, ma che stanno in maggior rapporto, almeno clinicamente, con la predominante alterazione o deviazione trofogenica di una ghiandola o di un tessuto. Certe forme cliniche che ne provengono, prendono così dei fenomeni allo stato di attenuazione, che in altre forme invece predominano. Così si vedono il gigantismo, l'acromegalia, il nanismo, l' infantilismo, il feminismo, il senilismo, il mixedema, ecc., imprestarsi dei sintomi mutuamente, dandoci la ragione delle forme anomale, fruste. Così l' infantilismo mixedematoso del Brissaud, l'anangioplasico del Lorain, così come vengono concepiti, non rappresenterebbero le forme classiche dell' infantilismo ideale, la di cui storia vuol essere rifatta; l' infantilismo del Brissaud è poi certamente una vera forma frusta d'infantilismo, in cui il mixedema domina in quasi tutto il quadro. Il vero infanlismo dovrebbe essere essenzialmente genitodistrofico; gli altri infantilismi mixedematosi, anangioplasici, secondarii a labi ereditarie infettive, all'atrepsia, alle lesioni adenoiditiche, spleniche, ecc., non possono rappresentare che delle anomalie.

La questione dell'esistenza del feminismo, del mascolinismo, dell' androginismo (Fèrè), per il momento non ci preoccupa: la loro esistenza è collegata a quella delle sindromi principali dell' infantilismo del tipo Lorain e del tipo Brissaud; esse non costituiscono se non delle forme di transizione, fruste, di una distrofia fondamentale genitale.

Il senilismo di Rummo, noi crediamo, è per

ora la forma di distrofia generale, almeno tra quelle che morfologicamente mentiscono un'età ed un sesso, che ha il diritto ad avere la più sicura autonomia clinica e patogenetica.

La più sicura autonomia clinica: si tratta di individui originariamente senili, fin dal primo dì della loro vita extra-uterina, che hanno una *facies angolosa senilis* su di una pelle color di cera vecchia, inelastica, grinzosa, dai capelli folti, ispidi e duri, imbiancantisi presto, dai testicoli per lo più piccoli ed atrofici, dalla voce di falsetto, tendenti al gigantismo, le mani ed i piedi grossi, cifotici più o meno, con stimmate degenerative, ma con psiche normale o quasi: ecco i casi classici. Se a queste note primordiali si aggiungono altre note che formano l'appannaggio del mixedema, dell' acromegalia, perfino dell'infantilismo, ecc. si ha una serie di combinazioni, di forme fruste.

I coefficienti patogenetici del senilismo consistono essenzialmente nella distrofia genitale, senza che con ciò venga ad esser menomato il concetto che altre ghiandole siano in causa nella determinazione della distrofia generale, specie nelle forme anomale, rudimentali, fruste.

Se le lesioni testicolari spontanee, se le ablazioni sperimentali non riproducono, le particolari alterazioni gerodermiche, tranne nei casi di Gaillet e Martin, Lereboullet, Olphan, Lacassagne, Charvon, Coffin, è perchè le alterazioni ipoplasiche od iperplasiche della vita extra-uterina non sono da paragonare per nulla alle distrofie della vita embrionale. Quì si tratta di arresti, di deviazioni, di anomalie di sviluppo, di modificazioni secretive e non di degenerazioni. Sotto l'influenza di cause ignote, che sfuggono a tutto fuor che all'ipotesi, certe viziature, certe tare dei parenti alterano il germe, sovratutto in quella parte, che presto andrà ad individualizzarsi, e che rappresenterà poi il mezzo della perpetuazione della specie. Alle alterazioni, alle deviazioni funzionali e trofiche degli organi della vita sessuale, corrisponderanno certamente, contemporaneamente o consecutivamente, delle alterazioni o deviazioni di altri organi o tessuti trofogenici; le quali, se in grado equo, daranno la veste volgare alla forma classica, se in modo irregolare, predominando, cioè, nella stessa o quasi uguale intensità del *disgenitalismo*, le alterazioni o deviazioni di altre parti dell' organismo dell' embrione, daranno l'appannaggio alle forme fruste. L' univocismo insomma vale, sempre sotto l' usbergo della concezione generica delle distrofie generali enunciata, per le forme classiche di senilismo. Nel maggior numero delle forme fruste deve ammettersi una distrofia molteplice.

Noi, rispecchiando le idee del nostro maestro prof. Rummo, in una rivista sintetica della *Riforma Medica* dell'11 gennaio di quest'anno, concludevamo in fine con queste parole, che ci piace ricordare: « È detto forse che l' ipofisi, la ghiandola tiroide, le capsule surrenali, il sistema nervoso, ecc., debbano restar muti dinanzi alla perversione, embrionale certamente, degli organi genitali? Tutto sta a vedere se si tratti di una concomitanza originaria, o di fenomeni anomali secondarii alla primigenia distrofia generale. Almeno per le forme fruste dianzi accennate, l'associazione del pervertimento di secrezione interna, per lo meno di parecchie ghiandole, è oggi quella che può reggere alle critiche serene ».

Oggi la convinzione è sempre più radicata in noi, persuasi che il senilismo di Rummo, *malattia* nel vero senso della parola, non può avere, in base a quanto abbiamo appreso dalle osservazioni, se non questa patogenesi.

Del resto la considerazione clinica non può condurre che a questo risultato: nessun organo, nessuna ghiandola ha mostrato tali alterazioni patologiche od anomalie da far concepire altro che una ipotesi genito-distrofica; se la circonferenza del collo si è trovata abbastanza piccola, lo è stato in rapporto alle misure del cranio e del torace: una modificazione morfologica della tiroide non è stata quindi tale da attrarre l'attenzione, nè del resto si può pretendere che la distrofia tiroidea possa spiegarci l'essenza del senilismo o geroderma genito-distrofico. Solo il costante impicciolimento, sino all'atrofia, dei testicoli è stato la nota fondamentale da cui prese le mosse la genito-distrofia.

Così ci pare in maniera apodittica affermato che il senilismo di Rummo ha tutto il diritto d'imporsi come *malattia nuova*.

ROSOLINO CIAURI

LEZIONI ORIGINALI

Clinica medica della R. Università di Modena diretta dal Prof. E. GALVAGNI

SULLA DIAGNOSI DELLA TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA

Lezione del prof. Ercole Galvagni

Nel dicembre scorso v' intrattenni su di un infermo che ci fu mandato per una tifoide recidiva, diagnosi che da me venne posta in dubbio, ritenendo invece più probabile una tubercolosi miliare. La sezione infatti dimostrò vero tale secondo giudizio.

L'ammalata d' oggi offre un quadro sintomatico molto rassomigliante, quindi fin da questo momento farei diagnosi di tubercolosi miliare acuta. Ma siccome tra ileo-tifo e tubercolosi miliare è difficilissima una diagnosi differenziale, che rimane sempre lo scoglio anche pei clinici più provetti, così credo conveniente che io vi descriva non solo il caso presente, ma riassuma ancora l'altra osservazione, che fu pubblicata dal proassistente D.r

Augusto Stufler nel n. 19 di quest'anno della *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, convinto, come sono, che dal confronto dei due fatti scaturirà qualche dato atto ad agevolare la diagnosi, la quale oggi ha mestieri di espedienti poco alla portata del medico pratico.

Il primo infermo era un bracciante di anni 34, povero, senza precedenti ereditarî, discreto bevitore e forte ciccatore, che non aveva avuto mai malattie d'importanza. Il 20 settembre scorso venne colto all'improvviso da un forte brivido seguito da altri, da cefalea e da febbre, la quale si protrasse per circa 30 giorni. Nel principio fuvvi stitichezza, poi emissione frequente di feccie liquide e fetenti, giallo-brunastre. Sudori profusi, dolori muscolari e articolari, nonchè dolorabilità e rigidezza della nuca e dei muscoli del dorso, che durò circa quattro giorni; non delirio, ma lieve stato soporoso e prostrazione, con acinesi cardiaca. Cessata la febbre, egli si alzò, accusando tuttavia una grande debolezza e dispnea, che cresceva ad ogni minima fatica. Il 20 novembre ricomparvero all'improvviso i brividi con febbre a 40° e sudori profusissimi, ai quali si aggiunse un pò di tosse, di più diarrea con feccie liquide giallastre. Entrò in clinica il 26.

Pelle pallida-scura e asciutta, glandole normali, sensorio integro, fisonomia apatica. Respiro regolare, ma frequente, a 32. All'esame fisico qualche rantolo sottocrepitante alla base del polmone destro di dietro, e niente altro. Nulla al cuore; polso regolare per ritmo, abbastanza pieno a 92. Lingua discretamente umida, rossa ai margini e alla punta, coperta da una patina bianco-grigiastra. Ventre un pò meteorico, e la palpazione vi risveglia un lieve dolore nella fossa ileo-cecale, provocando inoltre un senso di gorgoglio. La milza misurava in lunghezza cm. 11 $^1/_2$, tanto alla percussione diretta che ascoltata, per cui risultava di poco ingrandita. Stomaco e fegato nei limiti normali.

Lo stupore e la prostrazione si mantennero in grado discreto; mai si ebbe delirio, nè cefalea, nè disturbi dei sensi, all'infuori di qualche po' di sordità. Anoressia, con diarrea di fecce giallastre fetenti, alternata con stitichezza. La dispnea fu costante, anzi negli ultimi giorni si rese più intensa; tosse non molto molesta, con sputo scarso muco-purulento, striato di sangue negli ultimi dieci giorni. Da parte degli organi del ventre nulla di nuovo si rilevò, anzi il meteorismo e il gorgoglio scomparvero in breve. Riguardo all'apparecchio respiratorio, negli ultimi giorni comparvero numerosi rantoli secchi e umidi, a bolle prevalentemente piccole. Riuscirono negative le varie ricerche dei bacilli di Koch negli sputi, e del pari negativo riuscì l'esame oftalmoscopico rispetto alla possibile presenza di tubercoli nella coroide. Nessuna eruzione alla pelle; un pò di cianosi alle labbra negli ultimi giorni.

La temperatura fu molto irregolare, alle volte con estese oscillazioni e con qualche abbassamento anche al di sotto della norma, mostrando inoltre parecchie volte il tipo inverso. In quanto all'urina, in un primo esame niente d'interessante, e in un secondo tracce di albumina e di indicano. Al microscopio nulla.

Siero-diagnosi del Widal negativa per lo ileo-tifo.

La morte avvenne il 22 dicembre scorso.

Alla sezione si rinvennero in amendue i polmoni numerosissimi nodulini miliari tubercolari, di aspetto vario; altri nell'esocardio, nella sostanza corticale dei reni, nel fegato, nello intestino, specie nell'ultimo tratto dell'ileo e del cieco: non si potè stabilire il punto di partenza dell'infezione. Non esisteva alcuna delle lesioni proprie dell'ileo-tifo.

Ora sentite quanto hanno raccolto i miei Assistenti sopra l'inferma d'oggi.

È domestica, ed ha 26 anni. Sua madre pare sia morta di tubercolosi polmonare; padre e fratelli sani. Da fanciulla non ebbe malattia alcuna; mestruò a 13 anni, ma non ebbe che poche e scarse mestruazioni, che si arrestarono coll'insorgere di fenomeni di clorosi, fenomeni che dopo un anno di cura scomparvero, ritornando le mestruazioni, che furono poscia sempre regolari, ma scarse. In seguito non avrebbe avuto che qualche passeggero attacco di tosse e qualche febbricciattola di breve durata, e ciò a lunghissimi intervalli.

Alla metà circa del dicembre scorso cominciò la ragazza a provare malessere generale, inappetenza, debolezza, con rialzi termici vespertini, accompagnati da brividi intensi e prolungati, e nella notte da sudori profusi. Al mattino remissione, tantochè essa poteva alzarsi pel servizio, ma spesso era presa da vertigini. Dopo una settimana la febbre si fece continua, insieme a forte cefalea trafittiva, e insorse una lieve dispnea, con qualche colpo di tosse. Nel frattanto la dispnea andava sempre crescendo, e pochi giorni appresso il dolore del capo le scese alla nuca, ed era così forte che doveva tenere la testa immobile, essendo perfino impediti i movimenti della masticazione. Entrata il 7 di gennaio nell'Ospedale la febbre dopo aver raggiunto i 39° e più cedette, ed essa potè uscire dopo 17 giorni. Nel tempo della degenza comparve un lieve dolore diffuso all'addome, a preferenza nelle parti alte. A casa rimase senza febbre per un paio di settimane, sempre debole tuttavia e con un pò di tosse, ma poi le rientrò la febbre vespertina, con sudori profusi, e le defecazioni si resero irregolari, ora cioè normali, ora un po' diarroiche, e la tosse si inasprì, con emissione di sputi. Venne in clinica il 27 febbraio.

Come vedete, è una ragazza ben conformata, ma di costituzione alquanto debole, e ora assai denutrita. Non può giacere sul fianco sinistro, perchè la dispnea si accentua, e insorge la tosse. Il sensorio è libero. Nella faccia, che

ha espressione di sofferenza, le gote, i lobuli delle orecchie sono un po' cianotici. Nel collo si palpa qualche glandoletta mobile e indolente e vi si nota un lieve rientramento inspiratorio del giugolo e delle fosse sopraclavicolari. Leggeri rientramenti inspiratori anche degli spazi intercostali inferiori. Alla percussione nulla di anomalo. All' ascoltazione davanti: respiro ruvido da per tutto, e nella parte inferiore sinistra dello sterno qualche gruppetto di rantoli sottocrepitanti; di dietro al primo esame nulla di particolare, sebbene prima il medico vi avesse trovato rantoli a bolle medie; in esami successivi abbiamo invece avvertito in tutto il polmone sinistro e nella fossa sopraclavicolare destra rantoli e bolle per lo più piccole, con qualche sibilo. Respiro da 50 a 72, con intervento dei muscoli ausiliari, talvolta sospiroso. Ciò che più tormenta l'inferma è appunto la dispnea intensa, continua, che si esacerba sopratutto nell'ingerire il cibo anche se liquido e durante la tosse, che è molto stizzosa e seguita da sputo muco-sieroso piuttosto abbondante, il quale spesso ha mostrato piccole striature sanguigne. Negativa la ricerca dei bacilli di Koch. Al cuore nulla; polso da 112 a 136. Del resto anoressia, lingua secca, rossa ai margini e alla punta, coperta di patina grigiastra e in preda a tremolio quando viene sporta. Ventre un po' meteorico, doloroso alla palpazione, specie nelle zone sopraombellicali, e anche pel solo sollevamento in pieghe della cute; defecazioni regolari. Stomaco, fegato e milza nei limiti normali.

Continuarono pressochè invariati gli stessi sintomi. La temperatura fu pure molto irregolare, con grandi oscillazioni e brevi elevazioni fin'oltre i 40°. Ad onta dello stato gravissimo, l'inferma potè sempre mettersi da sè stessa a sedere sul letto.

Nell'urina null'altro venne trovato di anormale che lievi tracce di albumina e un po' di aumento dell'indicano. Siero-diagnosi del Widal negativa per l'ileo-tifo.

Il suggello alla diagnosi venne dato dall'esame oftalmoscopico, essendosi trovato al polo posteriore degli occhi, in numero a destra maggiore che a sinistra, delle piccole chiazze grigiastre rotonde, a contorni poco netti, senza traccia di spostamento di pigmento attorno, diagnosticate per tubercoli della coroide dal D.r Monesi Assistente dell'Oculistica.

(L'inferma morì il 15 maggio, tredici giorni dopo il trattenimento, e alla *sezione* si trovò tubercolosi miliare subacuta disseminata ai polmoni e ai reni, nonchè glandole caseose all'ilo polmonare e lungo la trachea. Fegato torbido, grasso. Leggera iperemia del cervello).

Gli autori si sono studiati di stabilire dei criteri per distinguere dall' ileo-tifo la forma tifosa della tubercolosi miliare acuta, i quali criteri però, sebbene giusti, spessissimo falliscono allo scopo. Difatti non di rado parecchi dei fenomeni relativi mancano o comunque sono così poco caratteristici uno per uno e anche a gruppi, che finora non hanno impedito che il più delle volte si sbagliasse la diagnosi. Per dovere d'insegnante sono costretto a passare in rapida rassegna codesti dati che stanno a indicare la tubercolosi miliare.

In primo luogo si considera l'età, la tifoide essendo rara nei bambini e nei vecchi. Ha un certo valore l'esistenza di precedenti sospetti, come ereditarietà, febbri senza causa, pleuriti, adeniti, e sopratutto la presenza (Lereboullet) all'inizio del morbo di un'adenopatia bronchiale o cervicale. Il periodo prodromico è poco accentuato.

L'adinamia è meno intensa, sicchè l'infermo può spesso cambiare di giacitura con discreta facilità. Esso dimagra rapidamente, mentre nell'ileo-tifo l'emaciazione non si osserva che tardi. Le epistassi o mancano, o sono scarse e non ripetute. Poco è la cefalea, e poco spiccati i rumori alle orecchie, la sordità e lo stupore. Anche il delirio in genere suol essere meno violento e prolungato. Spesso esistono iperestesie cutanee generali (Empis) o toraciche (Bouchut). Frequente e caratteristica è la comparsa dei fenomeni meningitici. Si osserva spesso, e ciò è pure molto caratteristico, cianosi delle labbra e delle guancie. Jürgensen avrebbe notata la comparsa di una pleurite con uno speciale rumore di soffregamento. Mancano o scarseggiano i sintomi gastro-enterici. Rara è la roseola. In due casi io ho veduto una pigmentazione cutanea, massime nel ventre e nelle mammelle.

É degna di molta attenzione una dispnea continua, spesso non corrispondente alla leggerezza dei dati obiettivi, accompagnata da tosse molesta, con sputo talvolta striato di sangue. La localizzazione agli apici e la predominanza in questi dei fenomeni bronchiali si ha solo quando preesistevano ivi fatti tubercolari.

E' pure molto singolare l' andamento della temperatura, che si distingue da quello dello ileo-tifo per la varietà e irregolarità della curva, per la nessuna relazione fra essa e gli altri sintomi e per frequenti sbalzi dal mattino alla sera, presentando anche talvolta un tipo inverso (Brüniche). Grande suol essere la frequenza del polso, che raggiunge un grado sproporzionato all'altezza della temperatura, e che di poco si attenua anche dopo cospicue e permanenti variazioni della medesima.

Secondo Robin, l'urina offrirebbe caratteri speciali, ossia per lo più trasparenza e colore rosso-scuro con riflessi d'ambra, fosfati terrosi in genere un po' cresciuti, albumina non costante, indicano scarso e in rapporto colla diarrea, sempre urobilina e uroeritrina, aumento dell'uroematina: secondo altri osservatori, la reazione diazo-benzoica è ben manifesta.

Parla decisamente per la tubercolosi miliare la presenza di tubercoli nella coroidea. Negativa riesce la siero-diagnosi del Widal.

Infine la malattia offre alternative di miglioramenti, fin quasi a simulare la guarigione, e di peggioramenti, ben diverso da ciò che avviene nella tifoide, nella quale alla ricaduta non precede mai un tanto relativo benessere da permettere il ritorno al lavoro.

Anzi che passare in disamina particolarmente codesti rari sintomi, la qual cosa ci condurdurrebbe troppo per le lunghe, converrà meglio ricercare quali di essi esistevano nei nostri due infermi.

Dei precedenti sospetti e l'adenopatia li notammo solo nella ragazza. Il periodo prodromico è mancato nell'uomo. In ambedue l'adinamia fu poco pronunciata, l'emaciazione piuttosto precoce, le epistassi mancavano, e si mostrò la cianosi della faccia; la curva termica offre i caratteri sopratrascritti. Fuvvi cefalea, ma solo nell'uomo un po' di sordità. Il delirio mancò, e invece si presentarono fenomeni meningitici (rigidezza della nuca). L'esistenza di iperestesie cutanee generali o toraciche non venne rilevata e solo si rinvenne iperestesica la parete addominale della ragazza. La dispnea era continua, non corrispondente ai sintomi fisici del petto, accompagnata da tosse, molto intensa nella ragazza, e in ambedue con sputo spesso striato di sangue. Non si notò nessuna speciale localizzazione agli apici, e mancarono sintomi pleuritici. I sintomi gastro-enterici apparvero mediocremente accentuati. La frequenza del polso fu grandissima nella sola ragazza. Nessuna eruzione cutanea. Le urine presentarono presso a poco i caratteri indicati da Robin. La siero-diagnosi del Widal, riguardo all'ileo-tifo, fu negativa. In ambedue gl' infermi si ebbe un miglioramento nel principio, da simulare la guarigione.

Il più patognonomico di tutti i sintomi sopra indicati fu la presenza di tubercoli nella coroidea, ma, come dissi l'abbiamo verificati solo nella ragazza.

I sintomi che mi sembrano più costanti sono i seguenti: La forma speciale della curva termica, che in genere non presenta la regolarità e i vari stati di quella della tifoide: la dispnea, che non sta in relazione cogli scarsi fenomeni bronco-polmonari; la cianosi, la quale però si mostrò un po' tardiva, la tosse con sputo striato di sangue; la poca accentuazione dell'adinamia, che permette agli infermi di muoversi abbastanza facilmente, donde la rarità delle escare e delle pneumoniti ipostatiche; la rigidezza della nuca ed altri fenomeni meningitici.

A me dunque resultarono troppo incostanti, per potervi far sopra valido fondamento, i dati che riguardano l'eredità e l'anamnesi remota, e parecchi degli altri sintomi rilevati dai vari autori; ed essendo poco alla mano dei medici pratici, massime di campagna, gli esami batteriologici e oftalmoscopici, converrà appoggiarsi principalmente su quel gruppo di sintomi che è emerso dall'esame dei miei due infermi. Certo è che solo dopo che ho rivolto su quei fenomeni la mia attenzione, sono riuscito a fare con maggiore sollecitudine e sicurezza delle diagnosi di tubercolosi miliare acuta, che prima spesso sbagliava.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DEI BAMBINI DEL POLICLINICO DI VIENNA. Prof. Monti.

Tubercoli del cervelletto — Dott. H. Wolf.

Il caso riferito dal Wolf riguarda una ragazza di 7 anni figlia di genitori sani e stata sana fino a 3 anni prima, nella quale epoca fu affetta da dolori di capo ripetentisi spesso. Un anno fa in seguito ad un accesso di cefalea venne colpita da sincope e da contrazioni della metà sinistra del corpo. Al ritorno in sè si notò perdita della parola e debolezza dell'estremità inferiore sinistra.

Mentre l'afasia migliorò gradatamente nel corso di 2 mesi, la motilità divenne sempre più deficiente, Si ebbe contrattura di entrambe l' estremità inferiori. Negli ultimi tre mesi la bambina non poteva nè camminare nè stare seduta. Il vomito, che insorgeva sempre contemporaneamente col dolor di capo, aveva luogo in modo tempestoso e ripetuto, indipendentemente dalla presa dell'alimento, cessò da due mesi. Da due mesi s'ha incontinenza d'urina e dell'alvo, da 5 settimane cecità completa.

All'esame obbiettivo si notano pallore della cute, pannicolo adiposo scarso, muscolatura in parte atrofica, cranio rachitico, amaurosi completa, pa-

pille ampie non reagenti alla luce, atrofia del nervo ottico da entrambi i lati da nevrite. L'inferma giace sul dorso coll'anca ed il ginocchio flessi. Il braccio destro è atrofico rispetto al sinistro, la mano sinistra flessa presenta di quando in quando dei movimenti atetosici. Notasi un'atrofia discreta degl'interossei d'ambo i lati. L'elevazione attiva del braccio destro è conservata, limitata quella del sinistro. La motilità passiva è libera, l'estensione del braccio non è possibile per lo spasmo degli antagonisti, havvi adinamia di alto grado d'ambo l'estremità superiori, specialmente della sinistra; i riflessi tendinei sono conservati. Alle estremità inferiori, oltre alla flessione summentovata all'articolazioni dell'anca e del ginocchio, si nota flessione plantare considerevole all'articolazione tabio-tarsica.

I piedi sono lievemente cianotici, freddi, edematosi, specie il destro. Le dita sono in flessione spastica, la flessione dorsale dei piedi è molto difficoltata per la contrattura spastica dei muscoli del polpaccio. L'estensione nell'articolazione dell'anca non può eseguirsi per le contratture dello psoas e dei vasti, l'estremità inferiori sono uniformemente atrofiche. La sensibilità tattile e termica è conservata in tutto il corpo, s'ha atassia dell'estremità superiori, tremore intenzionale. Il senso muscolare è un po' abbassato, il linguaggio rallentato. L'udito, odorato, gusto, polso e respiro normali. Nulla agli organi interni. Nel decorso ulteriore della malattia sono degni di menzione gli accessi intensi di cefalea specialmente notturni, accompagnati da spasmi generali, ora da rigidità tonica della nuca. Nelle pause fra questi accessi la bambina era di umore allegro, e presentava un'acutezza straordinaria della percezione uditiva ed una memoria meravigliosa. Era molto sensibile ai rumori un pò forti, all'udire i quali spesso gridava e si calmava difficilmente. Durante il decorso di un anno nulla era cambiato nello stato della paziente all'infuori del dimagramento sempre crescente e dell'aumento di volume del capo. L'uso intenso e sottocutaneo di preparati di iodio non ispiegò alcuna influenza sul decorso della malattia. Interessante invece fu l'effetto delle punzioni lombari ripetute in seguito alle quali si ebbe sempre scomparsa della cefalea, minore durata degli spasmi ed euforia. Il liquido che veniva fuori colla puntura fu sempre limpido come acqua, col riposo vi si formavano dei coaguli, la quantità d'albumina fu di 1 2 °|₀₀. Circa un mese prima della morte s'osservò che la bambina si lagnava raramente di dolori di capo, non esternava più verun desiderio e venne colpita da sopore duraturo.

In seguito il polso ed il respiro si fecero irregolari, la somministrazione dell'alimento riusciva oltremodo difficile, s'ebbe paralisi completa del facciale di destra, coma e morte

L'esame necroscopico diede il reperto seguente: Cranio considerevolmente ingrandito, dura madre aderente dappertutto, le meningi anemiche alla convessità presentano alla base nei dintorni del chiasma e nelle fosse di Silvio infiltrazione grigio-giallastra e sono sparse di noduli lungo i vasi. Entrambi i nervi ottici si presentano grigi al taglio. L'emisfero cerebellare destro è così aderente alla dura del tentorio e della fossa cranica posteriore, che il cervelletto non può estrarsi dalla cavità cranica che estraendo insieme la dura, esso è trasformato in un tumore informe, duro della grandezza quasi del pugno umano. Il ponte è spinto verso sinistra, la sua metà destra è appiattita e compressa lateralmente. I nervi cerebrali che se ne dipartono sono tutti liberi. Al taglio, quasi tutto l'emisfero cerebellare destro appare sostituito da masse gialle caseose, nettamente stratificate, la cui zona periferica è formata da tessuto di granulazione succulento, rossiccio con noduli grigio-giallastri evidenti. Le meningi cerebrali sono dappertutto aderenti al tumore. La superficie interna della tavola interna del cranio nel territorio del tumore è ruvida, la metà destra del 4° ventricolo è riempita da masse neoplastiche sporgenti.

I ventricoli laterali sono distesi per idrocefalo enorme, l'ependima è leggermente ispessito, nel lobo occipitale destro si nota un tubercolo caseificato della grossezza d'una nocciuola. Il polmone sinistro si presenta libero, aerato, anemico, il destro presenta nel suo lobo inferiore gruppi di noduletti grigi e gialli in parte confluenti ed una caverna della grandezza d'una noce avellana con margini caseosi. I gangli linfatici bronchiali sono in parte della grossezza d'un uovo di colombo ed affatto caseificati.

Il caso morboso descritto non offriva difficoltà per quanto riguardava la diagnosi. I sintomi: cefalea, vomito, convulsioni unilaterali con disturbi successivi della motilità, l'amaurosi totale consecutiva all'atrofia dell'ottico dimostravano trattarsi d'un tumore, mentre l'idrocefalo considerevole, la rigidità tonica della nuca e i dolori occipitali davano punti di appoggio sicuri per la localizzazione al cervelletto. Per quanto riguardava la natura del tumore, si poteva già sin dal principio, quando ancora non si contastavano segni di tubercolosi in altri organi, sospettare la tubercolosi, giacchè l'esperienza dimostra che nell'età infantile i tumori di natura tubercolare sorpassano di molto in frequenza tumori di altra natura.

Dopo d'aver riferito questo caso di sua osservazione, Wolf mette insieme tutti i casi simili che potè raccogliere dalla letteratura (22 col suo) per vedere se dal confronto dei sintomi presentati durante vita coi reperti necroscopici si potrà in avvenire essere in grado di precisare con maggiore esattezza la sede del tumore nel cervelletto. Le conclusioni da lui tratte dallo studio della letteratura e delle osservazioni proprie sono le seguenti:

Possono aversi dei tubercoli nel cervelletto senza fenomeni morbosi. Perciò non s'è mai in grado di constatare con precisione nei singoli casi la durata della malattia potendo questa esistere allo stato latente fino alla manifestazione dei primi fatti morbosi. Nel maggior numero dei casi, colle tubercolosi cerebrali si trovano altri organi affetti da lesioni tubercolari.

I sintomi spettanti alla tubercolosi del cervelletto non compaiono in serie determinata, e da essi non si può trarre alcuna conclusione per fare una diagnosi esatta di localizzazione. L'esperienza clinica, che si ha finora, depone in favore del fatto che il cervelletto è un organo unilaterale e che alle sue singole parti non competono funzioni differenti. Dall' uso della puntura lombare Wolf non vide mai nel suo caso in opposizione a Lichtheim, Fürbringer ed altri, conseguenze nocive, in seguito ad essa notò al contrario diminuzione degl' intensi dolori di capo. (*Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. 26, H. 5 e 6, 1899).

TERAPIA CLINICA

SULLA CURA DELL' ECZEMA

Nella cura dell'eczema dei bambini s'è in condizioni più favorevoli che in quella dell'adulto; con misure profilattiche convenienti si può in esso o prevenire la comparsa dell'eczema, oppure limitarlo notevolmente. Fra queste misure deve mettersi in prima linea il divieto della lavatura e del bagno frequenti nei bambini. Il modo col quale s'eseguisce ordinariamente la pulitura del lattante, piuttosto che rispondere ai dettati dell'igiene della cute può venir caratterizzata come un maltrattamento della pelle. I bambini vengono messi nel bagno una volta al giorno e lavati da sopra fino giù 1-2 volte al giorno. Queste lavature possono considerarsi dello stesso valore del bagno, cosicchè un bambino vien sottoposto a 2-3 bagni al giorno. A questi bisogna aggiungere le puliture necessarie dopo la defecazione e l'urinazione. Non deve recar meraviglia, se la pelle del bambino venga irritata da quest' insulti meccanici ripetuti, e si produca quindi una dermatite artificiale. Bisogna tenere inoltre in considerazione il nocumento arrecato alla pelle dai saponi più o meno inopportuni. La maggior parte di questi costituiscono un danno per la pelle del bambino a causa della loro forte alcalescenza, essendo quella tanto più sottile e sensibile quanto più è giovane. Joseph (*Arch. für Kinderheilkunde*, Bd. 26, H. 5 e 6, 1899) raccomanda quindi di praticare nei bambini il bagno solo una volta al giorno e d'omettere altre lavature. Dopo la defecazione e l'urinazione la pelle viene nettata tergendola con cotone asciutto. Se le masse fecali sono attaccate alla pelle per disseccamento, si versa sul cotone dell' olio di rape e s' allontana così la sporcizia. Nel bagno la pelle viene pulita col sapone, ed il Joseph raccomanda nei bambini ai primi anni d'età un sapone neutro.

Egli non s' illude che con queste misure profilattiche s' eviti completamente l' eczema nei bambini. Se però ciò accade qualche volta, s'è già compensati a iosa. All' origine dell' eczema, oltre ai momenti nocivi esterni sopraccennati e ben conosciuti, contribuisce ancora una quantità di fattori ignoti. Si conoscono delle malattie interne, specialmente malattie degli organi digerenti, che producono eczema; ma in questo caso non è l' eliminazione d' una sostanza tossica qualsiasi, sibbene lo stimolo diretto delle masse fecali alterate che produce una dermatite artificiale, che con frequenza s'inizia dalla regione anale e s'estende ad una grande superficie del corpo. In questo caso naturalmente s'impone la rimozione dei disturbi digestivi.

Le precauzioni profilattiche entrano in campo specialmente quando malgrado tutto ciò si mostrano anche le minime traccie d'eczema; allora devono assolutamente proibirsi i bagni, le lavature e l'uso di sapone. Per lo più però gli eczemi vengono sotto la cura medica quando sono in piena efflorescenza ed hanno acquistata grande estensione. Joseph in questi casi, oltre al proibire ogni lavatura e bagno, è ancora più rigoroso e permette i bagni di pulizia dopo scomparsi i fatti irritativi. Egli sa benissimo che la sua opinione è diametralmente opposta a quella di molti medici, i quali negli eczemi prescrivono non solo bagni semplici, ma anche con aggiunte di medicinali, per esempio di permanganato di potassa, egli però riporta in questo lavoro le sue esperienze personali, le quali gl' insegnano giornalmente che sì i bagni che le lavature rappresentano uno dei maggiori danni negli eczemi. È buono l'uso di polveri indifferenti, per esempio di amido, d'orzo e di talco a dosi uguali o, nel caso che la polvere sola non aderisca, l' uso precedente con piccole porzioni di vasellina gialla. Se s'è già arrivati allo stadio umido, si tentino, ove le parti malate non prendano grandi territorii ma l'eczema sia diffuso per esempio al viso o ad un' estremità, dapprima fomenti con acetato d'alluminio. Si prescrivano per esempio 200 gr. di acetato d'alluminio e se ne mescolino 2 cucchiai da tavola in 1/4 di litro d'acqua a temperatura di stanza. Un pannilino di tela immerso in questa soluzione e ben impregnato si colloca attorno alla parte ammalata e viene cambiato ogni ora ovvero ogni due ore. Questa terapia però non può venire continuata troppo a lungo, perchè da essa segue un prosciugamento considerevole della pelle. Tostochè la pelle appare tesa e secca, è indicato l'uso degli unguenti.

Spetta a Lassar il grande merito d'avere introdotto in dermatologia l'uso delle paste. Joseph

l' adopera esclusivamente nella cura dell' eczema dei bambini, però da esso proscrive l' acido salicilico. Lassar aveva raccomandato l'uso di questo ammettendo la natura parassitaria dell'eczema.

Prescindendo da ciò che quest'opinione è priva di fondamento, l' esperienza insegna che per l'appunto l' acido salicilico per le sue proprietà cheratolitiche agisce dannosamente sugli eczemi acuti. Si prescrive invece:

Pr. Ossido di zinco / Amido	ana gr.	25
Vasellina gialla		50

Pesa esattamente, mischia e fa pasta.

Questa pasta di zinco ha azione rinfrescante ed antiflogistica é sotto la sua azione ha luogo subito la rigenerazione dell' epitelio. Questa pasta viene distesa con una spatola o col manico d' un cucchiaio da thè. Si mette al di sopra uno strato sottile di cotone ed una fascia di tessuto sottile all'estremità, un pannilino di tela ai genitali, una fascia di cambric negli eczemi del dorso. Anche negli eczemi del viso la fasciatura è abbastanza semplice. Questa fasciatura si rinnova mattina e sera. Non è necessario di pulire ogni volta le parti ammalate prima di mettere la pomata fresca, basta pulire ogni 3-4 giorni; a questo scopo si versa olio fresco (di rape, d'ulivo) sul cotone e con esso s'allontana la pasta, non dovendosi adoperare acqua.

Adoperando questo metodo terapico, si vedono guarire eczemi molto diffusi e progrediti; Ioseph continua il detto trattamento per settimane ed anche per mesi, non permettendo il bagno che all'inizio della guarigione con grande cautela. Ove le condizioni lo permettano, aggiunge all' acqua del bagno 1-2 litri di latte; se ciò non è possibile vi aggiunge un po' di crusca.

Dopo il bagno non trascura mai d'ingrassare le parti prime ammalate con lanolina o vaselina e di far uso di polvere dove due punti di pelle vengono in contatto.

Sono questi i principii della terapia raccomandati da Joseph negli eczemi dei bambini di ogni età. Pure egli è del parere che, se il processo morboso non è molto progredito, possono adoperarsi altre medicazioni con buon successo, o raccomanda per esempio la pasta di Wilsson:

Tintura di benzoe	gr.	15,0
evapora a 7,5.		
Unguento lenitivo	»	100,0
digerisci, cola, aggiungi		
Ossido di zinco	»	10,0
mischia e fa unguento.		

Di questa pasta il Joseph fa uso negli eczemi di grado leggiero o negli eczemi del viso in via di guarigione.

Nell'eczema intertriginoso dei bambini è qualche volta consigliabile di pennellare il punto ammalato con una soluzione di nitrato d' argento al 2-5 0[0 e poscia di fasciare con uno degli unguenti o delle paste succennati. Se l'esito è favorevole, si ripeta questa medicatura ogni 5-6 giorni.

Quando sono scomparsi il rossore e l'umidità, ma ciò malgrado i bambini sono molestati ancora da prurito intenso, Joseph passa solo allora all'uso del catrame. Si sia però cauti nell'uso di questo, ma lo si adoperi precocemente, se non si vogliono veder ricomparire gravi fatti infiammatorii. Certamente non si deve dimenticare ch' esso è uno dei migliori mezzi per favorire la rigenerazione dell'epidermide. Per procedere cautamente, Joseph usa dapprima una pasta leggiera, per esempio al 5 0[0.

Olio di Cade puro	gr.	5,0
Ossido di zinco / Amido	ana »	22,5
Vaselina gialla q. b. a.	»	100,0

Solo allorchè questa viene ben sopportata, Joseph passa all'uso d'una pasta al 10 0[0. Quando coll'uso di questa pasta il prurito cessa e scomparisce il rossore, egli chiude il trattamento con una delle pomate e paste indifferenti sunnominate. Invece dell'olio di Cade viene adoperato da altri, per esempio da Herscheimer, il *liquor carbonis detergens* molto usato in Inghilterra. Questo preparato viene infatti sopportato in un periodo più precoce che non l' olio di Cade o di Rusco, ed inoltre ha su questi il vantaggio d'avere un odore più gradito ed un colorito più chiaro. Questo liquido rappresenta una soluzione alcoolica satura del catrame del carbone di pietra (1 parte di catrame di carbone di pietra e 4 parti di tintura di Quillaya. Quest' ultima si ottenne colando 2 parte di corteccia di Quillaya con 7 parti di spirito diluito. Il Joseph prescrive per esempio la seguente mistura:

Liquor carbonis detergens	gr.	2,5-5
Amido / Ossido di zinco	ana »	20
Glicerina	»	30
Acqua distillata q. b. a	»	100

Pratica pennellazioni di questo miscuglio al mattino e la sera si applica una fasciatura alla pasta di zinco. Qualche volta se ne ha un esito favorevole.

Negli eczemi sub-acuti e cronici delle parti del corpo sprovviste di capelli, Joseph raccomanda il naftalano, dell'uso del quale è rimasto contento in parecchi casi. È difficile di dare l' indicazioni precise per il suo uso, in nessun caso è da operarsi nelle forme acute; se ne hanno qualche volta buoni risultati in casi ribelli.

Di speciale menzione ha bisogno l' eczema del cuoio capelluto. Si sente dire qualche volta da

pratici antichi che questo eczema non può guarire che tagliando i capelli. Di ciò non è più il caso di parlare al giorno d'oggi; tale metodo è al contrario barbaro ed inutile. Nella cura del detto eczema bisogna dapprima investigare il momento etiologico. Spesso si incolpa la scrofolosi, e come prova di questo fatto vengono riguardati gl' ingrossamenti considerevoli delle ghiandole cervicali, frattanto quest'idea è erronea. I gangli ammalano secondariamente dopo eczemi di lunga durata, a lungo investigare si scuopre spesso quale causa della lunga durata di tali eczemi non la problematica scrofolosi, ma una pediculosi del capo. A questa perciò bisogna pensare come al momento etiologico più frequente negli eczemi del capo, e non si dimentichi che si può contare con questa possibilità anche nelle migliori famiglie. Constatato questo fatto, il primo sforzo dev'essere rivolto a rimuovere i pediculi.

Questo scopo si raggiunge nel modo migliore col sublimato. Per allontanare anche contemporaneamente le lendini attaccate ai capelli per mezzo d'una sostanza chitinosa la si combina con aceto e perciò si prescrive:

Sublimato.	gr.	0,5-1
Aceto comune	»	250

Basta lavare il capo con questa soluzione due volte per un giorno solo, e dopo si passa sulla parte ammalata una pomata di cinabro. Se si ha uno stato umido pronunziato, si possono praticare fomenti 2-3 giorni con acetato d'alluminio e solo dopo far uso della pomata al cinabro. Questa venne introdotta in terapia da B i e t t ed ha ottenuto l'approvazione di tutti specialmente dopo che venne raccomandata da L a s s a n.

Solfuro rosso di mercurio . . .	gr.	1
Zolfo sublimato	»	24
Olio di bergamotto gocce. . .	»	25
Vaselina gialla q. b. a . . .	»	100

Questa pomata si usa due volte al giorno, e sopra si applica una fasciatura leggiera. È sufficiente di pulire la testa con olio ogni 3-4 giorni. La lavatura del capo con acqua tiepida e col sapone ai bambini si permette solo dopo cessato lo stato umido e dopochè la flogosi ha retrocesso.

Come trattamento postumo si raccomanda l'ingrassamento praticato due volte al giorno colla seguente pomata:

Acido salicilico	gr.	0,5
Tintura di benzoe	»	4,0
Olio di bergamotto.	»	0,5
Vaselina gialla q. b. a	»	50,0

Per quanto riguarda il trattamento interno dell'eczema, nei lattanti bisogna aver cura solo di un'alimentazione conveniente, nei più grandicelli si raccomandano l'olio di fegato di merluzzo e l'arsenico. Naturalmente non debbono trascurarsi l'indicazioni, che sorgono da altra malattia generale da cui il bambino possa essere affetto.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell'*Arch. für Kinderheilkunde* edito da B a g i n s k y e M o n t i, Bd. 26, H. 5 e 6, 1899.

1. H. Wolf. **Sulla clinica dei tubercoli del cervelletto.** V. pag. 43.

2. M. Levy. **L'essenza della balbuzie.**—La balbuzie, che insorge nel corso dello sviluppo del linguaggio, dipende essenzialmente da un esercizio deficiente degli organi della parola. L'esercizio del linguaggio comincia nel bambino col 1° grido, però lo sviluppo proprio del linguaggio incomincia circa al 4° mese. Il 2° stadio è quello dell'imitazione, poscia viene lo stadio dell'associazione tra l'immagine della parola ed il concetto. Coll'ingresso alla scuola lo sviluppo della vita psichica e per conseguenza del meccanismo del linguaggio, prende un serio incremento. Uno dei momenti più nocivi allo sviluppo del linguaggio nel bambino è il fatto che nella scuola per l'appunto lo sforzo psichico necessario alla costruzione d'una frase assorbe tutta l'attenzione del bambino, onde non gli resta il tempo di badare al lato tecnico del linguaggio. Un altro momento pericoloso allo sviluppo del linguaggio è il timore di punizioni.

3. A. Kolisko. **Esperimenti col latte di B a c k h a u s.** — I detti esperimenti diedero tutti risultati soddisfacenti. Ad eccezione d'alcuni casi di catarro gastro-intestinale gravissimo, tutti i bambini dopo l'uso del detto latte migliorarono nella loro nutrizione ed aumentarono di peso. Il materiale d'osservazione consta di 20 bambini, che, ad eccezione di 6, rimasero in casa più di due mesi. In principio erano tutti dispeptici, alcuni soffrivano anzi di catarro gastro-intestinale pronunziato. La maggior parte di essi furono nutriti fin dal principio esclusivamente con latte di B a c k h a u s. L'aumento giornaliero di peso oscillò fra 18 e 30 gr. L'obbiezione fatta al latte di B a c k h a u s, cioè della poca durabilità non fu constatata nè praticamente, nè chimicamente.

4. M. Joseph. **Sulla cura dell'eczema.** V. pag. 45.

5. D'Espine e Jeandin. **Vaccino generalizzato a forma eruttiva.** — Una bambina di 11 mesi mostrò al 5° giorno dopo l'inoculazione di linfa animale al braccio, un'eruzione, che portò completamente il carattere delle vescichette da inoculazione dapprima al ventre ed al viso, ma che poi si estese dal 6° al 9° giorno a tutto il corpo. Poscia si ebbe formazione di pustole contemporanee a quelle del braccio inoculato. Durante tutto questo

tempo lo stato generale della bambina rimase eccellente. L' inoculazione delle pustole mostrò che nell'eruzione generale si trattava d' un vero vaccino.

RIMEDII NUOVI

Scröder e Körte—SULLA DIONINA.

La dionina è un cloridrato di etilmorfina, presentantesi sotto forma di una polvere bianca, cristallina, di sapore leggermente amaro, facilmente solubile nell' acqua (14 0[0) e nell' alcool (73 0[0). Essa, più attiva della codeina, è un equivalente terapeutico della morfina, senza averne certi inconvenienti. È specialmente utile contro la tosse dei tisici. Si usa alle stesse dosi della codeina: internamente 2 - 3 dosi di gr. 0,02, che si aumenteranno a gr. 0,03 la sera; per iniezioni sotto-cutanee: gr. 0,015-0,03. Nei casi di morfinismo le dosi debbono essere più elevate (gr. 0,05-0,08 per iniezione, fino a gr. 1, *pro die*) si potrà formulare la dionina nella maniera seguente:

Dionina. . . . . gr. 0,30
Acqua distillata . . . . . . » 60

1-2 cucchiaini da caffè al giorno in un po' d'acqua zuccherata:

Dionina. . . . . gr. 0,50
Sciroppo semplice . . . . . » 100

1 cucchiaio da thè la sera;

Dionina. . . . . gr. 0,30
Acqua di mandorle amare }
Acqua distillata } ana gr. 5

XX gocce la sera;

Dionina. . . . . gr. 0,30
Estratto e polvere di liquirizia q. b.

fate pillole trenta, 3-4 durante il corso della giornata o 2-3 la sera;

Dionina . . . . gr. 0,15-0,30
Acqua distillata . . . . » 10

Iniettarne la sera 1[2-1 siringa di cc. 1.

Von Oefele raccomanda la seguente formola:

Dionina. . . . . gr. 0,40
Polvere d'ipecacuana . . . . » 0,10
Amido . . . . » 4

Bianco d'uovo q. b. fate pill. 60, 5 - 10 pillole al giorno. (*La Presse médicale*, n. 48, 17 giugno 1899).

NOTIZIE E VARIETA'

Il progetto di legge sui cimiteri

Ecco il testo dell'articolo unico concordato col Governo ed approvato dalla Commissione pei cimiteri.

« All'art. 57 della legge 22 dicembre 1888 sono aggiunti i seguenti capoversi:

Qualora le condizioni lo richiedano, potrà essere permesso di costruire nuovi cimiteri e conservare ed ampliare quelli già in uso a distanza minore di 200 metri dall' abitato. Potrà pure essere permesso di eseguire opere di manutenzione e di ampliamento nelle abitazioni ed edifizi di qualsiasi specie preesistenti alla promulgazione della presente legge, che trovinsi a distanza minore di 200 metri dai cimiteri. In tali casi la concessione dovrà farsi volta per volta dal prefetto della provincia, previo parere del Consiglio Provinciale Sanitario. Contro il rifiuto del prefetto è ammesso il ricorso al Ministero dell'Interno, che deciderà udito il Consiglio Superiore di Sanità ed il Consiglio di Stato.

Società di Neurologia

Questa Società è stata fondata a Parigi l' 8 giugno 1899 per adunare in assemblee mensili (il primo giovedì d'ogni mese, eccettuati i mesi di agosto, settembre ed ottobre) i medici che si occupano di malattie del sistema nervoso.

Di essa fanno parte membri titolari e membri corrispondenti nazionali e stranieri.

Anche persone estranee possono fare comunicazioni alla Società, avvertendone la segreteria otto giorni prima.

Ecco i membri della società: presidente Joffroy, vice-presidente Raymond, segretario generale P. Marie, segretario delle sedute H. Meige, tesoriere Souques, membri titolari fondatori: Achard, Babinski, Ballet, Brissaud, Déjerine, E. Dupré, Gilles de la Tourette, Gombault Klippel, Parinaud, Parmentier, P. Richer.

La prima seduta pubblica avrà luogo giovedì 6 luglio.

CONCORSI E CONDOTTE

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Messina. Dal Ministero dell'Interno è stato bandito il concorso ad un posto di medico di porto. Stipendio annuo L. 2800. Scadenza 15 luglio 1899.

Sozzago. (Novara). Medico-chirurgo condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 15 luglio.

Motta Camastra. Concorso alla condotta medico-chirurgica per 2 anni. Stipendio annuo L. 1600. Scadenza 15 luglio.

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 35 anni di età.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Sulla rigidità della colonna vertebrale

(*malattia di Bechterew*)

I lavori di v. Bechterew, Strümpell, Bäumler, Gowers, v. Kòhler, Beer, Schatalaw, Popow, P. Marie e Astie, Oppenheim, ed i più recenti di Hoffmann e di v. Bechterew hanno richiamato l'attenzione su certi processi cronici che si manifestano nella colonna vertebrale ed hanno per conseguenza sintomi di stimolazione e di deficienza da parte dei nervi spinali. L'affezione, appartenente manifestamente all'artrite deformante, nei casi descritti è cronica, progressiva. Da v. Bechterew essa è stata denominata rigidità della colonna vertebrale, da Strümpell e Bäumler infiammazione cronica anchilosante della colonna vertebrale. L'etiologia nei primi casi del Bechterew era costituita essenzialmente dal trauma, probabilmente seguito da forte commozione spinale, dall'eredità e qualche volta dalla sifilide. Oppenheim aggrega la malattia all'artrite deformante e non ne discute l'etiologia: solo in un caso di reumatismo articolare acuto con interessamento della colonna vertebrale egli osservò gravi sintomi radicolari (paralisi atrofica). Bäumler cita un caso analogo, ma senza sintomi nervosi, e riferisce un caso di Brodhorst, in cui ad un'infiammazione gonorroica delle articolazioni seguì irrigidimento della colonna vertebrale. Secondo Brodhorst in Inghilterra non sono rare le anchilosi della colonna vertebrale sorte per causa meccanica, e Benecke ci dà il quadro anatomico di una simile lesione vertebrale da origine meccanica. È da notare però che nessuna delle cause reumatiche ordinarie, come il raffreddamento od il freddo umido, suole dar luogo alla forma morbosa di cui ci occupiamo. Secondo Hoffmann non è indifferente l'esistenza di acne e di furuncolosi molto diffusi sul dorso. Molti autori sono poi di accordo nell'ammettere un elemento infettivo nell'etiologia della rigidità della colonna vertebrale. I germi patogeni non sono stati ancora rinvenuti, e malgrado che Schüller, Bannatyne e Wohlmann abbiano trovato determinati microorganismi nelle articolazioni reumatiche e li abbiano ritenuti causa della malattia, pure ciò non è ancora sufficientemente dimostrato. L'opinione di Singer che il reumatismo articolare acuto sia effetto d'un'infezione da stafilococchi e streptococchi e che perciò appartenga alla grande categoria delle piemie, ha bisogna di ulteriore conferma. Chvostek ammette un'origine batterico-tossica del reumatismo articolare. L'infiammazione articolare, secondo lui, è causata non dall'invasione batterica diretta, ma dall'azione delle sostanze tossiche prodotte da' batteri, e può esser messa in confronto col rigonfiamento articolare che si verifica dopo l'iniezione del siero antidifterico. Nel caso di Hoffmann esisteva un esteso acne e furuncolosi del dorso, e la sua gravezza si dimostrò parallela al decorso ed alla gravezza dei fenomeni articolari. Scomparso l'acne, sparirono tutti i sintomi morbosi. È certo che nella pustola di acne esiste un'intera flora di sostanze piogene tossiche, e pare sommamente probabile che queste sieno state la causa della malattia nel caso di Hoffmann, il quale del resto per la forma clinica e per il decorso non aveva nessuna analogia coll'artrite deformante. Dimodochè, secondo Hoffmann, la rigidità della colonna vertebrale dal lato etiologico non offre nulla di caratteristico, nè l'artrite deformante od un processo distruttivo analogo può dar luogo ad un simile stato morboso, che del resto può essere causato anche da un trauma.

Anche il quadro clinico non è costante. Nel caso di Strümpell, in cui era colpita a preferenza la porzione inferiore della colonna vertebrale, si osservavano fenomeni diversi da quelli descritti da Bechterew. La partecipazione alla malattia di altre grandi articolazioni, come nei casi di Strümpell e Marie, mancava nei casi di v. Bechterew. Il complesso sintomatico descritto da quest'ultimo autore era il seguente: Una maggiore o minore immobilità od almeno una mobilità insufficiente di tutta la colonna vertebrale o di una parte di essa, senza dolorabilità spiccata alla percussione ed alla flessione: un incurvamento, ad arco della colonna vertebrale, sopratutto nella sezione dorsale superiore, mentre il capo è alquanto inclinato in avanti; paresi dei muscoli del tronco, del collo e delle estremità, per lo più con lieve atrofia dei muscoli dorso-scapolari; diminuzione della sensibilità specie nel territorio di ramificazione dei rami principali dei nervi dorsali e cervicali inferiori,

talvolta dei lombari; diversi fenomeni di stimolazione nel campo dei nervi suddetti in forma di parestesie e dolori al dorso ed al collo, e così pure negli arti e nella colonna vertebrale, qui specialmente dopo essere stati lungo tempo seduti.

Questo complesso sintomatico non si trova sempre completamente sviluppato. Frequentemente manca lo incurvamento della colonna vertebrale. Anche nel caso di Bäumler la colonna vertebrale era perfettamente diritta, così pure in quello di Hoffmann. Questo diverso modo di comportarsi dei singoli casi dipende dalla varia localizzazione della malattia. Se questa colpisce a preferenza la porzione dorsale superiore della colonna vertebrale o la porzione cervicale, ne segue un più forte incurvamento cifotico e l'inclinazione della testa in avanti. Se il processo è localizzato nella colonna lombare o nelle articolazioni dell'anca, ne seguono speciali attitudini del tronco secondo i casi.

Anche il corso della malattia e la prognosi, che per v. Bechterew è infausta *quoad valetudinem*, sono differenti a seconda della etiologia. Se l'artrite deformante, il trauma o l'ossificazione delle articolazioni vertebrali sono la causa della malattia, la prognosi è certamente sfavorevole. Se si tratta di semplice intumescenza delle articolazioni, può aver luogo la scomparsa dei sintomi radicolari, quando regredisce la tumefazione. Se è causa della rigidità della colonna vertebrale un processo acuto o subacuto, la mobilità può ripristinarsi e possono scomparire tutti i fatti nervosi. Dimodochè, secondo l'Hoffmann, la rigidità della colonna vertebrale, anche se si accompagna a fenomeni nervosi di stimolazione o di deficienza, non può riguardarsi come una forma morbosa *sui generis*, ma come un complesso sintomatico multiforme, che deve essere conosciuto dai neurologi, per evitare errori diagnostici.

P. Marie e C. Astie hanno pubblicato col titolo di cifosi eredo-traumatica un'osservazione, che rientra nella categoria della forma morbosa descritta da Bechterew. Si trattava di un uomo a 53 anni, che dopo una caduta sul dorso riportò forti dolori, senso di grave pesantezza, a cui seguì incurvamento in avanti della colonna vertebrale. Il padre ed una sorella dell'infermo erano gobbi. La cifosi aveva sede nell'infermo a preferenza nella parte superiore della colonna vertebrale dorsale, senza che però alcuna vertebra facesse prominenza. Non esistevano atrofie muscolari nè modificazioni obiettive della sensibilità, ma forte debolezza negli arti. Questo caso, riguardato dalla maggior parte degli autori come un caso di rigidità della colonna vertebrale, Marie ed Astie lo pongono accanto ai casi di affezioni traumatiche della colonna vertebrale osservati da Kummel ed Heule, ma, secondo Bechterew, a torto, perchè in questi ultimi casi si trattava non solo di incurvamento della colonna vertebrale, ma nello stesso tempo di prominenza di singole vertebre causata da dislocazione.

Il Bechterew ha avuto l'opportunità di sezionare un caso tipico di rigidità della colonna vertebrale, morto per pulmonite. Si trovò un incurvamento a convessità posteriore della spina, corrispondente a quello osservato in vita. I nervi spinali nella regione toracica apparivano di colorito leggermente grigio. Separata la colonna vertebrale dal resto del corpo, si notava che la porzione dorsale era poco mobile, mentre nella porzione lombare la mobilità era appena diminuita. Alcune vertebre della regione dorsale superiore erano talmente aderenti fra loro con la parte anteriore dei corpi vertebrali, che era abolito ogni movimento. Ad un esame più esatto si vide che nel punto in cui era più difficoltato il movimento, ossia nella sezione dorsale superiore, i dischi intervertebrali erano atrofici o completamente scomparsi ed i corpi vertebrali anteriormente erano fusi insieme. In altri punti le cartilagini erano bene conservate. Nel cranio mancavano segni di sclerosi. La dura madre cerebrale era liscia, eccetto che nelle vicinanze del seno falciforme, in cui esistevano residui di aderenze col cranio e qua e là atrofia per compressione esercitata dalle granulazioni del Pacchioni. Il seno falciforme non era dilatato. La superficie interna della dura era iperemica, con chiazze qua e là di pachimeningite, in corrispondenza dell'emisfero destro. Esisteva iperemia della pia madre. I ventricoli cerebrali non erano dilatati, e si notava un lieve intorbidamento dell'ependima. La pia si staccava facilmente dalla superficie del cervello. La sostanza corticale e la midollare iperemiche, così pure nel cervelletto. La duramadre spinale era alquanto ispessita nella regione cervicale, ma dappertutto di aspetto liscio. Nei forami di passaggio delle radici dei nervi la dura era alquanto aderente ai gangli spinali. Molte radici spinali nella regione dorsale superiore erano di apparenza grigia.

All'esame microscopico si trovarono fatti degenerativi nelle radici anteriori e posteriori sopratutto nel midollo dorsale superiore e nel cervicale inferiore. Nel midollo spinale si trovò degenerazione dei cordoni posteriori, ed inoltre nella sezione cervicale inferiore e dorsale superiore degenerazione diffusa dei cordoni anteriori, della parte limitrofa dei laterali e della periferia del midollo in corrispondenza delle radici anteriori La pia in questi punti era alquanto ispessita, ed ispessite erano pure le pareti vasali. La sostanza grigia del midollo spinale non presentava modificazioni degne di nota. Nei gangli spinali molte cellule presentavano segni di degenerazione ed atrofia semplice.

Come si vede esisteva in questo caso un processo infiammatorio cronico delle meningi molli spinali nel midollo dorsale superiore. Probabilmente stanno in rapporto con questa le-

sione i dolori e la iperestasia osservata in questo infermo durante vita nella regione corrispondente. Del resto questi non sono fatti ordinari nella forma clinica, nella quale Bechterew non ha osservato mai, al di fuori di questo caso, fenomeni subiettivi in quel grado così spiccato. La degenerazione dei cordoni posteriori, diffusa anche agli anteriori è messa dal Bechterew in rapporto con la lesione delle radici, la quale a sua volta dipende da processi cronici delle meningi e dalla consecutiva compressione e formazione di aderenze. Secondo Bechterew il fatto primario fondamentale, in questa forma morbosa non è l'affezione della colonna vertebrale, ma la lesione delle meningi spinali che dà luogo a degenerazione delle radici, a cui segue paralisi dei muscoli del torace, del dorso ed in parte degli arti inferiori, con atrofia e disordini sensitivi, ed infine incurvamento della colonna vertebrale. L'anchilosi è secondaria alla cifosi, dovuta alla compressione a cui vanno soggette le cartilagini intercostali.

BIBLIOGRAFIA

v. Bechterew, Von der Veranchsung oder Steifigkeit der Wirbelsäule, *Deut. Zeit. f. Nervenh.* Bd XI, 1897, p. 327. — Idem. Die Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Derkrümmung als besondere Erkrankungsform. *Neurol. Centralbl.* 1893 p. 426. — Strümpell, Bemerkungen über die chron. ankylosivende Entzündung der Wirbel. u. d. Hüftgel. *ibid.* p. 338. — Bäumler. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.* Bd XII, 1898 p. 177. — Gowers. *Handb. d. Nervenk.* 1898. — Marie e Astie. *Presse mèdicale,* 1898 e *Rev. de mèd.* 1898. — Oppenheim. Lehrb. d. Nervenk. 5ª ed. Berlino 1898. — v. Köhler. *Charitè-Ann.* Bd XII, 1897. — Beer. *Wien. med. Blätter*, 1897 n. 8 e 9. — Schalatow. Protoc. d. Mosc. Vers. d. Neur. u. Psych. 1898. — Popow. *ibid.* — Hoffmann. *Deut. Zeit. f. Nervenh.* Bd 15, H 1, 2, 1899. — v. Bechterew. *ibid.*

LAVORI ORIGINALI

R. Scuola d'ostetricia di Novara

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI RIMEDII EMOSTATICI NON ECBOLICI, E TERAPIA DELLE METRORRAGIE IN GRAVIDANZA ED IN SOPRAPARTO.

Prof. L. M. Bossi

Doc. di Ostetr. e Ginec. all'Univ. di Genova
Direttore della Clin. Ostet. di Novara

I.

Abuso della segala cornuta e suoi derivati e utilità di fornire alla pratica ostetrica il maggior numero possibile di sussidii terapeutici, che abbiano azione emostatica sull'utero senza provocarne le contrazioni.

Riandando la storia delle sostanze emostatiche dell' utero riscontriamo, che nel campo ostetrico fino al 1886 esse erano quasi esclusivamente rappresentate dagli ecbolici, e cioè segala cornuta e suoi derivati, ergotina ed ergotinina, ipecacuana, cornutina, chinino (per quanto realmente questo non sia ecbolico ma rafforzi unicamente le contrazioni quando già sono in atto. (Chiara, Pasquali, Chiarleoni), il canape indiano (Christinon) ecc.

Tutti questi sono medicinali, che esercitano un effetto emostatico indirettamente, restringendo cioè i vasi col far contrarre il muscolo uterino, epperciò i meno adatti ed anzi pericolosi a somministrarsi durante la gravidanza quando vuolsi ottenere l'arresto della perdita sanguigna senza eccitare l' interruzione della gestazione.

Tre rimedii particolarmente invero eransi sperimentati, che potevano riuscire emostatici dell'utero senza sollevare contrazioni, provocando invece la retrazione dei vasi e cioè la *hamamelis virginica*, la radice di *bryonia alba* e la *berberina* che sperimentai or sono già dieci anni.

Ma la bryonia alba e la berberina diedero risultati così incerti, che non rimasero nella pratica, e gli effetti dell'hamamelis, per quanto migliori, non furono tali da indurre i clinici a fare su essa un grande affidamento.

L' idrastina (Schatz, Slavatinshz, Pellacani ecc.) era stata da poco scoperta e studiata e le sue applicazioni erano limitate quasi solo ai casi ginecologici.

Fino circa a tale epoca perciò (1886) si può ritenere, che l' ostetrico nelle metrorragie che intervenivano tanto durante la gravidanza che nel puerperio e nel sopraparto doveva ricorrere forzatamente ai mezzi eccitatori delle contrazioni uterine, fossero essi esterni (massaggio, elettricità, tamponamento) fossero essi interni (segala cornuta e suoi derivati, canape indiano ecc.)

Ora nessun dubbio certo vi ha sull' utilità e sul nessun danno di tali mezzi usati opportunamente ad utero vuoto e cioè nelle metrorragie in puerperio, ma è oramai elementarmente noto come essi riescono pericolosi se usati a scopo unicamente antiemorragico, quando l'utero non è completamente vuoto.

Era quindi ed è indispensabile, non dico la opportunità, ma la necessità di dotare la terapeutica ostetrica di medicinali i quali, arrestando le metrorragie per retrazione vasale senza agire sul muscolo uterino potessero impunemente usarsi anche a utero non vuoto,

durante cioè la gravidanza ed il sopraparto. E si fu appunto in base a tale concetto che negli anni 1886-88-89 studiai sperimentalmente e clinicamente, (e cercai di estenderne l' uso anche nella pratica ostetrica) l' *hydrastis canadensis* sotto forma di estratto fluido, sostanza che, preconizzata da L. Fellner, da Schatz, da Rostoch ecc. ed usata, fino allora, in pochi Istituti clinici, era pressochè unicamente limitata alla forma di *idrastina*, ed al campo ginecologico, e cioè:

1° Stabilii colla conferma d' altri sperimentatori, essere l'estratto fluido di hydrastis più efficace assai dell'idrastina.

2. Constatai nelle cagne gravide che l' hydrastis non riusciva ecbolico e ciò veniva pure provato dagli esperimenti del Pellacani per l'idrastina.

3. Constatai le stesso fatto nella donna somministrando fino a 150 goccie di estratto fluido nelle 24 ore in gestanti senza mai avere il benchè minimo indizio di provocazione di contrazioni dell'utero.

4. Clinicamente in un discreto numero di casi patologici dimostrai l' utilità di tale sostanza per la pratica ostetrica pubblicandone pure i risultati.

Quanto in tale memoria scrivevo, qui ripeterò.

Le metrorragie in gravidanza, nel sopraparto e nel puerperio costituiscono certo la complicanza la più frequente e non di rado anche la più grave nel campo ostetrico.

Tale frequenza e tale gravità condussero ad un vero abuso di segala cornuta, così il sanitario — non specialista — che la levatrice, e ciò con serio danno delle pazienti.

Dico con serio danno delle pazienti alludendo specialmente alle levatrici la cui istruzione e la cui educazione è soventi insufficiente a far comprendere razionalmente le indicazioni e le controindicazioni alla somministrazione di tale sostanza.

E la distocia per metrorraggia assume appunto tanta maggiore gravità in quei casi in cui è controindicata la prescrizione di un rimedio eccitante delle contrazioni uterine, quale la segala cornuta, che potrebbe riuscire in tali circostanze, sia direttamente, sia indirettamente assai perniciosa tanto alla madre che al prodotto del concepimento.

Tali sono i casi di metrorragia in gravidanza, nel sopraparto, durante il secondamento, tutti insomma quei casi contemplati dalla formola omai da tutti i più autorevoli ostetrici adottata in tesi generica, di non somministrare la segala finchè qualcosa trovasi ancora nella cavità dell'utero (Pajot).

Ed alla segala evidentemente devonsi aggiungere gli altri emostatici ecbolici, quale il canape indiano, la cornutina, ecc.

E' infatti cognizione elementare che il somministrare la segala cornuta od altro rimedio avente la stessa azione nelle perdite sanguigne che intervengono durante la gravidanza, equivale a sollevare le contrazioni uterine e quindi a mettere in pericolo maggiormente la gestazione.

Il somministrare tali sussidii terapeutici durante il sopraparto, quando il feto quindi trovasi ancora nella cavità uterina, equivale in generale a provocare quello stato di contrazione continua, senza pausa, dell'utero, detto appunto tetania, che costituisce per se stesso un ostacolo alla fuoruscita del feto. Aggiungasi che puossi pure colla somministrazione della segala cornuta aversi l' espulsione del feto, dare luogo ad avvelenamento, ai fenomeni, di ergotismo nel feto, e mettere quindi in pericolo la vita di questo.

E la tetania dell'utero e l'ergotismo furono entrambi fatti constatati e proclamati da tutti gli ostetrici nazionali ed esteri, nè richieggonsi ulteriori osservazioni per provarlo.

La tetania poi sollevata dalla segala e suoi derivati durante il periodo del secondamento è tale sovente da complicare in modo serio la fuoriuscita e l'estrazione della placenta.

Nè è necessario aggiungere che il tamponamento è in simili casi pure controindicato.

Infatti, se la donna si trova nel periodo della gestazione col tamponamento si tende ad interromperla; se nel periodo del sopraparto e le membrane sono rotte, si può avere emorragia interna.

E' quindi ripeto, manifesto di quanta e quale utilità sia il fornire alla pratica ostetrica sussidii terapeutici i quali abbiano una buona azione emostatica sullo apparecchio genitale senza dar luogo a contrazioni del muscolo uterino, sostanze medicinali cioè che si possano senza danno somministrare, sia durante la gravidanza ed in qualunque periodo d' essa, sia durante il sopraparto, sia durante il secondamento.

Queste, soggiungevo in quella breve memoria, potranno utilmente concedersi alle le-

vatrici accanto od in sostituzione della segala cornuta togliendo così l'abuso talora tanto dannoso di quest'ultima.

Nove anni sono trascorsi da che, unitamente a colleghi, di me certo più autorevoli, su tale grave questione cercavo richiamare l'attenzione, e nella pratica si può dire che realmente non rimase come mezzo emostatico efficace non ecbolico che l'estratto fluido di hydrastis canadensis e l'utilità sua posso dire dal canto mio, che in tesi generale dai fatti clinici mi venne confermata per modo che nulla in oggi debbo togliere a quanto nel 1890 esponevo.

E' però facile comprendere come qualsiasi sussidio terapeutico per molteplici circostanze inerenti sia alla preparazione del rimedio, sia ai peculiari caratteri dell'organismo, sia alle condizioni in che viene usato offre notevoli incostanze nell'effetto.

Ne abbiamo prove quotidiane anche nei pochissimi rimedii, che la generale esperienza clinica giudicò specifici per date forme: fallisce così il mercurio in alcuni casi di sifilide, come talora il chinino nella febbe malarica, ed il salicilato di soda nel reumatismo e tanto più è presumibile possa fallire un medicinale, che come l'hydrastis, deve esercitare un'azione, che può essere facilmente modificata od inceppata da molteplici fattori anche incidentali.

Eppure i seguenti dati specialmente constastati in altri nove anni di esperienza mi conducono a far voti, che la terapeutica ostetrica possa conquistare altre sostanze, che ci sia dato considerare quali veri succedanei dello hydrastis e cioè:

1. Talora per l'insistenza della indicazione, dovendosi prolungare a lungo la somministrazione di notevole quantità di estratto fluido d'hydrastis questo giunge a disturbare sia dal lato intestinale, sia anche con fenomeni nervosi preludianti ad un principio di avvelenamento.

2. L'azione sua talora non si dimostra sufficiente e ciò:

a) o per la difettosa preparazione dell'estratto,

b) o per altre circostanze che sfuggono finora alle nostre indagini.

3. Sonvi soggetti che, pur avendone benefici risultati, non ne sopportano che limitate dosi, dopo le quali occorrerebbe avere a disposizione altro rimedio equipollente.

Ora due sostanze che, senza peccare di ottimismo, pare possano utilmente aggiungersi o sostituirsi o alternarsi coll'hydrastis sono anzitutto la stipticina e in secondo luogo, perchè meno sicura nella sua azione, la antifebbrina (acetanilide). *(continua)*

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DI STEPHANSFELD.

Un caso di paralisi bulbare acuta con autopsia A. Ransohoff.

Una donna di 76 anni, con labe ereditaria, soffriva da più di 10 anni di una psicosi cronica con delirio di persecuzione sistematizzato e senza un rilevante indebolimento psichico. Dal lato somatico esisteva arteriosclerosi con accessi di stenocardia. Di quando in quando l'ammalata soffriva di lipotimia. Al 29 agosto del 1898 si manifestò vertigine violenta al punto da far cadere a terra l'inferma e fratturarsi il radio. Il 25 ottobre dello stesso anno l'inferma osservò che, mentre il giorno prima si sentiva perfettamente bene, ora aveva difficoltà nell'inghiottire tanto i cibi solidi che i liquidi. Nello stesso tempo anche la respirazione si rese difficile. Esisteva stridore e forte congestione del volto. Parola di timbro nasale. Temperatura normale. Attività cardiaca regolare e forte. Il giorno appresso la respirazioue si fece più difficile e la parola quasi afonica; ad ogni tentativo di deglutizione si aveva notevole dispnea, e due giorni dopo avvenne la morte.

All'autopsia si trovò quanto segue;

Cranio simmetrico con ispessimento del tavolato interno; i solchi dei vasi erano più profondi; le suture ossificate. La dura madre era aderente all'osso frontale. Nel seno longitudinale superiore esistevano pochi coaguli rosso-scuri. La dura madre sollevatasi in piccole pieghe lasciava trasparire le circonvoluzioni. La pia sottile..

Le circonvoluzioni erano notevolmente atrofiche, specie nella parte superiore e posteriore dei lobi parietali, dove al di sotto della pia esistevano spazi cistici della grandezza di una mezza noce avellana. I grossi vasi della base erano invasi da sclerosi, in entrambe le vertebrali esistevano dilatazioni aneurismatiche fusiformi.

Nella sezione esterna del nucleo lenticolare sinistro si trovò un antico focolaio di rammollimento ripieno di liquido sieroso, all'altezza del nucleo anteriore del talamo. A destra esisteva un analogo focolaio, però più all'esterno, nella capsula esterna, ed attaccava appena il segmento esterno del nucleo lenticolare. Nella sostanza midollare del lobo parietale inferiore destro esisteva un'altro piccolo focolaio di rammollimento a contenuto sieroso. I ventricoli laterali non erano dilatati, l'ependima non era granuloso. Del resto non si trovò nulla di importante microscopicamente nel cervello e nel

midollo spinale. La pia dal lato dorsale del midollo lombare e dorsale inferiore presentava laminette calcaree.

L'esame minuto del sistema nervoso centrale non fece rilevare degenerazioni secondarie consecutive agli antichi focolai di rammollimento. Le pareti vasali erano in generale ispessite, qua e là si vedevano cumuli parvicellulari, altri al di fuori dell'avventizia.

Già microscopicamente nel pavimento del 4° ventricolo si vedeva una piccola zona più chiara, situata alla metà destra del bulbo all'esterno della *formatio reticularis,* quasi allo stesso livello del terzo superiore dell'oliva. Il focolaio aveva limiti irregolari ed era costituito di due parti, delle quali quella più vicina al cervello si trovava in vicinanza dell'oliva, mentre l'altra, collegata alla prima mercè uno stretto ponte, era situata nella sostanza gelatinosa del V. Il focolaio non raggiungeva il pavimento del ventricolo. Un altro focolaio visibile pure macroscopicamente per il suo colorito scuro si trovava in un sito più profondo nell'oliva destra.

Un' osservazione più minuta diede il seguente risultato. I tagli che cadevano sulla parte più alta del focolaio, corrispondevano al punto di ripiegamento del fascio solitario. In essi, in direzione dorsale esterna dell'oliva, si vedeva una piccola zona triangolare di sostanza degenerata, che non interessava l'oliva nè si estendeva fino alla periferia del midollo. Un poco più in basso ed all' interno si vedeva un'altra piccola zona rammollita, che non aveva alcun rapporto con la prima. Questo rapporto si trovò però nei tagli susseguenti, in cui il focolaio appariva più grande, estendendosi in direzione dorsale fino al fascio aberrante dei cordoni laterali e tra le circonvoluzioni dell'oliva. Era colpita da rammollimento pure la zona attraversata dal grosso fascio che decorre tra l'oliva ed il corpo restiforme, e la sostanza gelatinosa del V. Nei tagli in cui si vedeva l'oliva accessoria esterna ed il nucleo anteriore del cordone laterale, il rammollimento si estendeva più nella parte dorsale del bulbo. Qui era colpita da rammollimento la massima parte della sostanza gelatinosa del V, e la parte interna limitrofa del campo motorio della cuffia, compreso il nucleo ambiguo. In direzione dorsale il focolaio non si estendeva fino al fascio respiratorio.

Le lesioni istologiche erano uniformi in tutto il campo del rammollimento. Non esistevano più tracce di cellula nervosa, nè si vedevano più nuclei della nevroglia; invece qua e lá si trovavano pochi nuclei colorati intensamente, alcuni con granulazioni. La sostanza midollare in parte conservava il suo potere di colorazione e la sua struttura grossolana era conservata. Ciò faceva ammettere che si trattasse di un focolaio recente.

L'altro focolaio molto più piccolo si traeva nelle circonvoluzioni esterne dell'oliva destra, ed interessava oltrechè la sostanza grigia, le fibre interne ed in minor grado anche le esterne dell'oliva. Dal lato istologico questo focolaio si distingueva per una forte infiltrazione parvicellulare; non c'era più alcuna traccia di sostanza nervosa, e le poche fibre che attraversavano la zona rammollita non erano più colorabili. Si trattava di un focolaio antico.

Riguardo alle degenerazioni secondarie, questo focolaio non ne aveva prodotto. Invece si osservavano degenerazioni ascendenti e discendenti consecutive al focolaio maggiore. Il processo degenerativo poteva seguirsi per breve estensione nel fascio aberrante (fascio periferico di B e c h t e r e w) tanto in senso ascendente che discendente, inoltre nella porzione della sostanza reticolare limitrofa alla sostanza gelatinosa del V dove il focolaio aveva prodotto l' interruzione di continuità di due grossi fasci (fascio di P i c k) di cui poteva seguirsi la degenerazione discendente.

Erano dunque distrutti dal focolaio più recente la sostanza gelatinosa della radice del V, la sostanza reticolare bianca esterna, l'estremità superiore del nucleo ambiguo, il fascio di P i c k, il fascio aberrante dei cordoni laterali (questi ultimi degenerati anche secondariamente), le fibre arcuate interne tra l'oliva ed il corpo restiforme, in breve grado la via centrale della cuffia. Delle parti vicine erano attaccate dal focolaio anche la sostanza grigia del pavimento del ventricolo, il fascio solitario, i nuclei dei cordoni laterali, la via cerebellare diretta, le fibre arcuate esterne, la radice spinale del V.

La letteratura della paralisi bulbare acuta trovasi esposta nella memoria di v a n O o r d t (*Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1896). Dopo fu pubblicato il caso di G i u f f r è in cui esisteva un focolaio esteso di rammollimento nella metà sinistra del midollo allungato, in seguito a trombosi dell' arteria vertebrale.

Volendo mettere in rapporto i dati clinici con quelli anatomo-patologici nel caso sopra riferito, si può dire in primo luogo che gli antichi focolai distruttori del cervello non avevano alcun rapporto con i fenomeni morbosi acuti. Le lievi dilatazioni aneurismatiche delle vertebrali non avevano causato lesioni anatomiche e non potevano essere perciò causa dei fatti clinici. Non rimaneva, a spiegare l'insieme dei sintomi che il focolaio recente di rammollimento del midollo allungato (il piccolo focolaio dell' oliva destra poteva esser posto fuori causa). Essendo il focolaio limitato ad una stretta zona, e precisamente ad un solo nucleo nervoso, mancando ogni fenomeno reattivo ed essendo d'altra parte di apparenza normale il tessuto midollare, si può venire a conchiusioni sicure, che stan-

no però in una certa contraddizione con i risultati delle altre osservazioni.

Di focolai di rammollimento unilaterali, circoscritti nella parte dorsale del bulbo, van Oordt ne cita solo due, che non interessavano il pavimento grigio del 4° ventricolo, uno osservato da lui stesso ed uno da Senator. Si può aggiungere anche il caso di Leyden. Come fatto caratteristico dei primi due casi van Oordt fa notare che la respirazione, il polso e la temperatura non erano per nulla modificati. Nel caso di Leyden, analogo per il quadro clinico a quello sopra riferito, i disordini della respirazione non si manifestarono subito dopo l'impulso, ma poco tempo prima della morte. La quistione della partecipazione dei nuclei del vago all'innervazione del respiro non è stata ancora sufficientemente rischiarata. Dees designa il nucleo centrale del vago come il senso prossimo per i muscoli della laringe. Grossmann, fondandosi sui suoi esperimenti nei conigli ammette come centro della respirazione tutta la colonna cellulare motrice dal nucleo del VII fino alle corna anteriori del midollo cervicale. D'altra parte Holm, con materiale anatomo-patologico alla mano, ha conchiuso che il centro respiratorio è situato esclusivamente nella parte medio-vertebrale del nucleo dorsale (sensitivo) del vago. I casi di van Oordt e di Senator dimostrerebbero che il nucleo ambiguo non prende parte alla respirazione, se essi avessero distrutto tutto il nucleo. Però in entrambi i casi i focolai non si estendevano al di sopra del terzo medio dell'oliva, in modo che la estremità cerebrale del nucleo ambiguo restava conservata. Questa parte era invece conservata nel caso sopra riferito. E poichè in questo la temperatura ed il polso in principio non erano modificati, invece fin dal primo momento esistevano disturbi del respiro, si può supporre che almeno questa parte del nucleo stia in rapporto con la respirazione. Devesi escludere un disordine periferico del respiro, e del pari la penetrazione di sostanze estranee nell'albero respiratorio, in seguito alla difficoltata deglutizione.

Quale gruppo di muscoli era leso nella sua attiva respiratoria, non potè in questo caso essere stabilito *intra vitam*, però, insieme agli altri fenomeni, l'afonia era indizio di un disordine della funzione della laringe.

Riguardo alla possibilità che la lesione del fascio di Pick sia stata la causa del diverso modo di comportarsi del caso sopra riportato, si può dire che, tenuto conto della vicinanza del nucleo motore del vago e del rapporto con la via piramidale nel suo ulteriore decorso, acquista probabilità l'ipotesi che nel detto fascio esista una connessione tra il nucleo del vago e le vie motrice delle sezioni più profonde. Ma non esiste alcun fatto che appoggi questa ipotesi.

Che le altre vie e gli altri nuclei distrutti abbiano rapporto con la respirazione non è noto. Resta quindi come risultato che un focolaio che oltre al polo centrale del nucleo ambiguo, non lede nessuna fibra o cellula del vago, e precisamente nè i nuclei dorsali, nè il fascio solitario, e che non è stato causa di lesioni nelle vicinanze, ha prodotto nel caso sopra riportato un disordine grave acuto della respirazione e probabilmente anche della funzione dei muscoli laringei.

Non può dirsi con certezza se questi disordini debbano intendersi come fenomeni di stimolazione (per effetto delle influenze inibitrici venute meno) o come fenomeni di deficienza, il che è più probabile tenuto conto della natura motrice del nucleo ambiguo. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, n. 15. H 1, 2, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETA' LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA

Presidente E. Marchiafava.

Seduta del 10 giugno 1899.

Geronzi G. **Considerazioni su un caso di paralisi laringea traumatica. Sulla cura della paralisi degli abduttori mediante la sezione del ricorrente.**—Nella seduta antecedente della Società ha presentato un malato che in seguito ad una ferita da taglio nel collo ha riportato, per lesione del ricorrente, paralisi completa della metà corrispondente della laringe. Prendendo occasione da questo caso, espone le sue idee sulla possibilità di curare gli accidenti gravi respiratori, che sogliono verificarsi nella paralisi dei cricoaritenoidei posteriori mediante la sezione di uno o di ambedue i nervi ricorrenti. Fra i varii muscoli della laringe gli abduttori offrono, come Semon ha per il primo dimostrato, una maggiore vulnerabilità, e sono pertanto i primi che ammalano e talora i soli per tutta la durata della malattia; questa maggiore vulnerabilità è stata constatata oltre che clinicamente anche sperimentalmente. La sezione del ricorrente può essere ventilata come mezzo curativo solo in quei casi di paralisi degli abduttori in cui non solo vi sia minaccia di asfissia, ma vi siano tali condizioni anatomo-patologiche da non poter più in alcun modo sperare in un ripristinamento della funzione ed il relatore cita i casi più frequenti, nei quali altre risorse non vi sono che la tracheotomia e la intubazione. Le condizioni della laringe create dalla sezione di uno o di entrambi i laringei sono certamente infelici; ma però si evita la minaccia continua dell'asfissia, che si ha nella paralisi degli abduttori. Come atto operativo la sezione di uno o di entrambi i ricorrenti non è difficile. Ad ovviare alla possibilità della insorgenza dei fatti dispnoici si può fare l'intubazione sia durante che

dopo l'atto operativo, finchè la laringe non è entrata nella sua calma paralitica.

In ultimo fa rilevare che non crede fondato il dubbio che la sezione del ricorrente non sia sufficiente a produrre l'allontanamento della corda vocale dalla linea mediana così da assicurare un lume glottideo bastevole ai bisogni del respiro. La posizione di abduzione della corda vocale, se si ha, si verifica soltanto nei primi giorni della sezione del nervo; ad essa deve certamente seguire la posizione cadaverica. E nel caso presentato dal relatore, l'allontanamento della corda vocale paralizzata dalla linea mediana è infatti tale, che anche se l'altra corda fosse in completa abduzione per paralisi del solo abduttore lascerebbe uno spazio sufficiente all'ingresso dell'aria.

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Seduta del 14 Giugno 1899

Bergmann. **Operazioni per la cura dela epilessia**— Presenta un giovane affetto di epilessia jaksoniana in seguito ad una lesione del cranio per arma da fuoco, con consecutivo ascesso cerebrale.

Questo giovane di 26 anni, nel giugno 1895 tentò suicidarsi tirandosi due revolverate alla tempia.

Privo di sensi fu portato alla clinica di Mosca, ove provvisoriamente fu eseguita una fasciatura compressiva per frenare l'emorragia copiosa che vi era. Il polso che era piccolo e raro (28 pulsazioni si elevò tosto dopo che l'emorragia si arrestò. Intanto dopo qualche giorno si sviluppò un flemmone alla regione temporale di destra, che fu esciso ma la guarigione andò un po' per le lunghe. Le palpebre, per tutto il tempo che durò il flemmone, erano enormemente tumefatte, tanto che riusciva impossibile al paziente aprire gli occhi e rivolgere uno sguardo anche fuggevole.

Alla fine di giugno improvvisamente la metà del corpo divenne sede di convulsioni tonico-cloniche, che cominciarono della commissura labiale indi si estesero al braccio e poi alla gamba. Contemporaneamente si ebbe perdita della coscienza. Terminato l'accesso convulsivo, rimase una paralisi transitoria del braccio. Tale accesso, seguito da paralisi passeggera, si ripetè altre volte, sino al marzo dell'anno successivo, epoca in cui oltre alla convulsione il paziente cominciò a soffrire di una fortissima cefalea, tanto intensa da obligarlo a gridare. Intanto la ferita locale era interamente guarita. Una volta gli accessi si ripeterono dodici volte in ventiquattro ore. Allora si pensò ad un probabile ascesso del cervello e come tale, si propose la trapanazione del cranio. Eseguitala, si trovò la dura madre fortemente tesa, fatta una incisione a livello della zona rolandica di sinistra, venne fuori del pus (circa un cucchiaio da tavola). Dopo l'atto operativo l'ammalato potè considerarsi come guarito, e sino ad agosto non ebbe a lamentare disturbo alcuno.

Nel 1897 ritornarono di nuovo gli accessi convulsivi, frequenti come la prima volta e seguiti da fatti di paralisi transitoria. Allora in luglio dello stesso anno si aprì un'altra volta il cranio, e di nuovo si trovò un ascesso, che fu svuotato completamente; inoltre si trovò un piccolo sequestro osseo, che fu asportato. Stavolta però non solo non si ebbe la scomparsa degli accessi di epilessia jacksoniana, ma nel sito operatorio, rimasero due grosse e profonde fistole. Allora al principio del 1898 il paziente si decise a portarsi a Berlino. Quivi nella clinica del B e r g m a n n, per la terza volta fu sottoposto alla trapanazione e venne estratto un grosso sequestro osseo.

Dopo l'operazione si ebbe un solo accesso convulsivo, e fino ad oggi non si è lamentato più alcun disturbo. Anche la cefalea è interamente scomparsa. L'occhio destro a causa dell'atrofia del nervo ottico è completamente cieco.

L'oratore venendo ora alla discussione; ritiene che l'ascesso cerebrale che fu la causa dell'irritazione corticale e quindi della sindrome jacksoniana non deve la sua origine al proiettile, ma bensì al flemmone che ebbe così lunga durata e che fu certamente un flemmone settico. In conferma di ciò, per mostrare che le palle furono, per così dire, innocue, fu sottoposto il paziente allo esame radioscopico, e si potè vedere come una palla si trovava nell'antro d' H i g h m o r o, e l'altra nella base del cranio. La prima non aveva recato alcun disturbo, come catarro, dolori ai denti, intossicazione di piombo; e l'altra avrebbe potuto provocare l'epilessia riflessa, ma l'essere scomparsi gli accessi convulsivi dopo la trapanazione e l'allontanamento del pus e del sequestro mostra a chiare note che *l'ascesso cerebrale da flemmone dei tegumenti*, irritando la zona rolandica provocava la sindrome jacksoniana. Pertanto come si è visto la cura dell'epilessia era puramente operativa. Le operazioni craniane per guarire l'epilessia ai giorni d'oggi si fanno più frequentemente di prima, e ciò perchè spesso si hanno risultati splendidi. Di fatti K o c h e r in due casi di epilessia, praticata la craniotomia, trovò due cisti che svuotate e drenate, si dovettero ritenere causa dell'epilessia, poichè dopo l'operazione scomparvero totalmente i fatti convulsivi. L' U n v e r r i c h t in qualche caso ha avuto buoni risultati dalla puntura lombare, la quale farebbe diminuire la pressione intracranica del liquido cefalo-rachidiano, che talora è causa d'irritazione della zona corticale motrice.

A l e x a n d e r e J o n n e s c u hanno pensato di ricorrere alla resezione del simpatico, credendo che con ciò si possa combattere l'alterazione dei vasi cerebrali. L'oratore però non è di accordo nè in ciò, nè colle vedute dell'U n v e r r i c h t.

Nawratzki, dice che egli in tre epilettici potè misurare, mercè la puntura lombare, la pressione cerebrale, e vide che prima dell' accesso convulsivo non era aumentata, però nello stadio delle convulsioni toniche saliva enormemente sino ad 800 millimetri, mentre discendeva nei moti clonici, per ritornare poi allo stato normale.

NEUROPATOLOGIA

SULL'ENCEFALITE ACUTA, NON PURULENTA, E SULLA POLIENCEFALOMIELITE

In un suo lavoro precedente Oppenheim riferiva una serie di casi, nei quali l'encefalite non purulenta finì colla guarigione. Dalle sue osservazioni e dal materiale della letteratura egli trasse la conseguenza, che questa forma d'encefalite forma una malattia di prognosi non infausta, ed il cui esito in guarigione non è affatto straordinario. Le esperienze di Oppenheim vennero essenzialmente confermate da altri (Fürbringer, Fränkel, Coester, Freyhan, Thielen, Friedmann). La descrizione dell'encefalite nel manuale di Nothnagel fa riconoscere chiaramente quanto incompleta siano ancora le nostre cognizioni in questo argomento. Contro le idee di Oppenheim s'era obbiettato che la diagnosi dell'encefalite acuta non purulenta non possiede ancora basi così solide da essere lontana da ogni dubbio, mancando l'autopsia. Essendo egli di accordo in ciò che in questa malattia bisogna contentarsi per lo più di una diagnosi di probabilità, conchiudeva che sarebbe desiderabile di dimostrare la possibilità della guarigione in un caso nel quale l' esattezza della diagnosi venisse posta fuori dubbio dall' autopsia. Naturalmente bisognava la coincidenza di circostanze straordinarie, per dare occasione ad un'osservazione di tal genere. Ora l' Oppenheim (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. 15, H. 1 e 2, 1899) pubblica due osservazioni di tal genere.

La 1ª concerne una ragazza anemica di 16 anni, la quale dopo d'avere sofferto per alcune settimane di cefalea, inappetenza e disturbi gastrici, fu colpita da intenso dolore di capo, vomito, vertigini, brivido di freddo e febbre. Alla ricezione nell'ospedale si notò paralisi dell'abducente sinistro, sensibilità alla pressione alla metà sinistra del collo, della testa ed alla regione mastoidea di sinistra. Il medico che l' osservò ritenne probabile, malgrado il reperto otoscopico affatto negativo, che s'avesse da fare con un empiema dell' apofisi mastoide e trombosi del seno trasverso. L'operazione radicale eseguita tosto come pure la paracentesi della membrana del timpano e la puntura del seno diedero risultato completamente negativo.

Il polso rimase molto frequente, la temperatura risalì dopo una breve discesa fin sopra 40°, insorsero delirii ed al 4° giorno si svolse afasia motrice completa, come pure monoplegia facio-brachiale destra. Gambe e sensibilità libere, nulla d'anormale al fondo dell'occhio. In base a questi dati ed alla combinazione esistente di sintomi cerebrali di focolaio coi segni d' una malattia generale febbrile, Oppenheim fece diagnosi di encefalite non purulenta. Seguì un miglioramento progressivo di giorno in giorno: il sensorio si rischiarò, la febbre scomparve, si ristabilì un certo grado di motilità al braccio destro, come anche l' attitudine a pronunziare qualche parola, fino ad aversi poi la scomparsa quasi completa della paralisi del braccio e dell' afasia. Quali residui della malattia superata, rimasero soltanto la paralisi del facciale inferiore destro ed una lieve limitazione dei movimenti dell'occhio sinistro verso l'esterno. L' inferma rimase ancora in osservazione, non mostrando la ferita dell'operazione alcuna tendenza a guarire anzi, siccome lo stato generale dell'inferma soffriva per le condizioni della ferita ed essa era pallida, debole e si lagnava di dolori di capo e vertigini, s'intervenne con un atto operativo, col quale si allargò la ferita, si andò fino all' osso, e s' allontanarono delle parti ossee malate. A quest' intervento seguì dapprima un miglioramento dello stato generale, però dopo alquanti giorni insorsero gravi sintomi cerebrali, cioè violenta cefalea, vomito, delirii. Si fece diagnosi di meningite cerebro-spinale purulenta. I disturbi ed i fenomeni di questo male crebbero sempre più, finchè la paziente venne a morte con coma profondo. L' autopsia confermò la diagnosi di meningite cerebro-spinale purulenta. La raccolta purulenta si trovò specialmente nella fossa cranica posteriore e nel canale vertebrale. Macroscopicamente nulla si rilevò di patologico nella sostanza cerebrale stessa. L'esame microscopico, oltre alle lesioni determinate dalla meningite, scoprì una lesione a focolaio nel lobo frontale sinistro nel territorio della 3ª circonvoluzione frontale sinistra e del piede della circonvoluzione frontale anteriore. Erano due focolai siti immediatamente sotto la corteccia, che avevano l'aspetto di cicatrice e che pei loro caratteri istologici ricordavano i focolai sclerotici. In nessun altro luogo del cervello si constatò un processo simile, mentre i reperti cerebrali della meningite si osservano anche in altri luogi, specialmente negli stati periferici della corteccia.

Questa osservazione è molto importante, perchè adduce la dimostrazione della guaribilità dell' encefalite acuta non purulenta in un caso diagnosticato anatomicamente.

La 2ª osservazione concerne una donna di 44 anni che ammalò di bagliore oculare, dipoplia, difficoltà al masticare ed all'inghiottire. Mancavano i segni d'una malattia generale e sintomi cerebrali

generali. Nel corso di poche settimane si aggiunsero debolezza alle braccia ed alle gambe, incertezza del cammino ed incontinenza di urina. Al 1° esame eseguito sei settimane dopo l'inizio del male Oppenheim trovò i segni di un'oftalmoplegia esterna incompleta debolezza dei muscoli della masticazione: v'era forte diminuizione della eccitabilità faradica ai massateri, disfagia e debolezza discreta alle gambe. Fu fatta diagnosi di probabilità di poliencefalomielite acuta, rispettivamente sub-acuta.

La paziente si sottrasse all'osservazione. Dopo si seppe che lo stato della paziente era peggiorato; ad un esame praticato da Fürbringer circa 3 settimane dopo si trovò la paziente abbandonata nel letto; di nuovi fenomeni furono constatati una grave disartria ed una debolezza notevole delle estremità. L'inferma morì circa 6 mesi dopo l'inizio della malattia coi segni di paralisi respiratoria.

Alla necroscopia il solo reperto patologico degno di nota fu un linfosarcoma al mediastino anteriore. L'esame microscopico del sistema nervoso centrale diede una serie di alterazioni. Quella che risaltò più all'occhio fu una cicatrice quasi lineare in corrispondenza del rigonfiamento cervicale del midollo spinale che prendeva traversalmente quasi tutto il midollo.

S'osservarono inoltre numerose emorragie recenti nella sostanza grigia del midollo, specialmente nel rigonfiamento cervicale. Queste emorragie, essendosi prodotte nell'ultimo periodo di vita, non hanno alcuna importanza per la spiegazione dei sintomi clinici.

Di maggior importanza apparvero le abnormità osservate qua e là nell'apparato vasale dei medesimi distretti, palesantisi per lo più sotto forma di degenerazione fibrosa, più raramente ialina, della parete vasale, e che meritano certamente considerazione in un individuo relativamente giovane. Infine colpiva la ricchezza nucleare nella regione dei tubercoli quadrigemelli ed invero nella sostanza grigia che circonda l'acquedotto di Silvio. Quantunque le difficoltà dell'apprezzamento di questo reperto fossero straordinariamente grandi, pure Oppenheim si convinse che si trattava d'uno stato patologico, di un'infiltrazione cellulare che però non raggiungeva affatto un grado elevato. Il reperto anatomico giustifica la diagnosi di polioencefalomielite? Non è tanto facile rispondere a questa domanda, tanto più che l'anatomia patologica della poliencefalomielite è finora basata su poche osservazioni e che il concetto cronologico della poliencefalomielite non ha ancora raggiunto alcuna precisione e solidità e non si delimita dalle paralisi bulbari senza reperto anatomico, cioè dalla paralisi astenica o miastenica grave. Pur non esitando a designare questo caso come di poliencefalomielite nel senso degli autori, Oppenheim non può far a meno di confessare che il reperto anatomico giustifica questo giudizio in modo deficiente e non dà affatto una spiegazione sufficiente dei fenomeni osservati in vita.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* edita da Erb, Lichtheim Schulze e Strümpell, Bd. 15, H. 1 e 2, 1899.

1. Oppenheim. **Altro contributo alla dottrina dell'encefalite e della poliencefalomielite acuta, non purulenta** V. pag. 57.

2. A. Hoffmann. **Sulla rigidità cronica della colonna vertebrale.** V. pag. 49.

3. W. Becterew. **Sull'infiammazione anchilosante della colonna vertebrale e delle grandi articolazioni dell'estremità.** V. pag. 49.

4. W. Becterew. **Nuove osservazioni e ricerche anatomo-patologiche sulla rigidità della colonna vertebrale.** V. pag. 49.

5. Dreher. **Esame di alcuni casi di meningite tubercolare e d'uno di meningite purulenta con speciale considerazione dell'ependima ventricolare, dei nervi cerebrali e del midollo spinale.**—Riferisce 3 casi di meningite tubercolare, nei quali l'ependima ventricolare, alcuni dei nervi cerebrali e le meningi spinali ed il midollo spinale stesso presentavano dell'alterazioni. Le lesioni presentate dall'ependima erano di natura infiammatoria acuta, i vasi sottostanti offrivano il quadro tipico della vascolite e perivascolite. Nel tessuto ependimale stesso si trovavano tubercoli per lo più piccolissimi, profondi, che presentavano la stessa struttura e gli stessi caratteri di quelli descritti da Ophüls. I nervi cerebrali, tutti o in parte, presentavano delle alterazioni di grado maggiore o minore, consistenti in infiltrazione della guaina nervosa, che andava fino alla formazione di tubercoli miliari. Le meningi spinali si trovavano in tutti i casi nello stato d'infiltrazione cellulare più o meno pronunziata, in alcuni casi si trovavano anche dei tubercoli risiedenti esclusivamente nell'aracnoide, ora in questa e nella pia. Il midollo spinale mostrò infiltrazione cellulare nei suoi segmenti periferici, coagulazione dei cilindri dell'asse ed anche tubercoli miliari. Nel caso di meningite purulenta l'alterazioni dell'ependima erano di grado minore; l'infiltrazione raggiungeva un grado discreto solo in punti limitati, anche qui si avevano fatti di vascolite e perivascolite, formazione di noduli provenienti evidentemente da proliferazione della glia. Alle radici d'alcuni nervi cerebrali si osservò infiltrazione discreta della guaina e qualche focolaio purulento; l'infiltrazione potè constatarsi anche nel connettivo dell'interno del nervo. Le meningi presentavano forte infiltrazione della pia e dell'aracnoide con cellule purulente, più pronunziata in alcuni punti,

nelle porzioni inferiori si avevano pachimeningite e leptomeningite. Nel segmento mediano del midollo dorsale, nella regione delle radici postero-laterali trovossi fusione della sostanza del midollo spinale, e per vero nel decorso del corno posteriore, il quale era sostituito da una raccolta purulenta: trattavasi evidentemente di un ascesso ch' era penetrato nella sostanza grigia per un piccolo punto, circoscritto, cioè per il corno posteriore e che aveva portato lo stesso alla distruzione senza attraversare la sostanza corticale, la quale appariva soltanto spostata lateralmente.

6.. A. Ransohoff. **Su d'un caso di paralisi bulbare acuta con reperto necroscopico.** V. pag. 53.

7. K. Pètren. **Comunicazione su di un'alterazione speciale delle fibre nervose del midollo spinale, priva di importanza clinica, cioè sull'alterazione cosidetta idropica di M i n n i c h.** —In parte la zona corticale, in parte i cordoni posteriori possono presentare le condizioni per lo sviluppo delle alterazioni « idropiche » delle fibre nervose. Questa diffusione topografica della lesione rispettiva del midollo spinale insegna tosto che essa non può essere una lesione sistematica, ma è una diffusa. Questa lesione non ha importanza clinica, è però degna d'attenzione perchè essa all' esame macroscopico dell' organo indurito in liquido di M ü l l e r si può presentare come vera degenerazione con sclerosi sviluppata per lo meno dei cordoni posteriori. Conseguentemente è utile conoscere questo fatto, per non farci trarre in errore e per non ammettere una vera degenerazione là dove questa non si abbia affatto.

8. W. Ossipow. **Sulle contrazioni dello stomaco, dell'intestino e della vescica urinaria durante l'accesso epilettico.**—Durante l'accesso epilettico occorrono contrazioni dello stomaco, degl' intestini e della vescica urinaria, che d' ordinario continuano per un certo tempo dopo decorso l'accesso. Contrazioni dello stomaco occorrono circa nel 50 0|0 dei casi e si limitano principalmente al cardias col piloro. Le contrazioni del duodeno si iniziano nel periodo classico dell' accesso ovvero breve tempo dopo la cessazione degli spasmi dei muscoli striati. Le contrazioni del tenue cominciano circa verso la metà del periodo clonico dei muscoli striati. Le contrazioni del crasso appaiono o nel periodo tonico o nel clonico, più spesso al principio del clonico. Le contrazioni della vescica urinaria hanno luogo d'ordinario all'inizio del periodo tonico. Le contrazioni degl'intestini e della vescica sono molto forti, esse hanno il carattere d' una contrazione spastica di lunga durata. Ciò si riferisce specialmente alle contrazioni dell' intestino crasso e della vescica. Fra due contrazioni forti, come pure al cessare di tutte le contrazioni epilettiche, ha luogo nel maggior numero dei casi un rilasciamento più o meno duraturo degl' intestini e della vescica. I fenomeni da parte dello stomaco, degl'intestini e della vescica, che si osservano nel corso dell' accesso epilettico provocato dall' eccitazione faradica, non dipendono dallo stimolo locale del centro corticale dello stomaco, degl'intestini e della vescica, ma dall' accesso epilettico stesso, il quale ha luogo come risultato di un' eccitazione complessiva del territorio motore della corteccia cerebrale e dei centri siti in esso. L' asfissia, che ha luogo costantemente durante l'accesso epilettico, è un momento che favorisce le dette contrazioni. La pressione fortissima del diaframma e della parete addominale sui detti organi e sul loro contenuto apparisce durante l'accesso anche quale momento causale per le contrazioni dei detti organi. La fuoruscita dell'urina e delle fecce, che accompagna così spesso l'accesso epilettico, risultano dall'azione complessiva delle contrazioni dell'intestino, della vescica e della pressione esercitata su di loro e sul loro contenuto da parte della parete addominale. Havvi un' analogia fra le contrazioni epilettiche dei muscoli striati e le contrazioni dello stomaco, dell'intestino e della vescica durante l'accesso epilettico, nel senso della dipendenza di entrambe dal territorio motore della corteccia cerebrale.

9. W. Koenig. **Sulle « pupille saltellanti » in un caso di paralisi cerebrale infantile, con alcune osservazioni sul significato prognostico delle stesse con reazione normale alla luce.** — La midriasi saltellante deve considerarsi come un fenomeno raro, essa occorre nelle pupille che reagiscono sia normalmente che patologicamente. La midriasi saltellante è stata osservata finora principalmente nelle malattie organiche del sistema nervoso centrale, più raramente in quella di natura funzionale, e solo rarissimamente in individui non affetti da malattie nervose ovvero sani. Il significato prognostico della midriasi saltellante viene solo in considerazione a reazione pupillare normale, giacché nel modo di comportarsi patologico della reazione pupillare basta questo solo fatto per darci la direzione necessaria. Se la reazione della pupilla è normale e non si hanno altri punti d' appoggio per una malattia nervosa organica, la comparsa della midriasi saltellante non è necessariamente di cattivo significato. Però bisogna pronunziarsi con molta riserva, specialmente in casi di nevrastenia, giacchè la midriasi saltellante può precedere di parecchi anni lo scoppio della demenza paralitica, la paralisi si inizia spesso col quadro della nevrastenia, e la midriasi saltellante può esistere a reazione luminosa normale con una malattia cerebrale organica. Quando havvi differenza nell'ampiezza e nell'intensità di reazione delle pupille, specialmente nella rigidità unilaterale

della pupilla, può essere mentita ad un' osservazione superficiale la midriasi saltellante per l'influenza variante di un' illuminazione aumentante e decrescente (midriasi pseudo-saltellante).

10. H. Kron. **Sulla sintomatologia e terapia delle paralisi gravi del deltoide.**—Dall'osservazione di alcuni casi di questo genere si formò la convinzione che il compenso funzionale avvenga per l'azione della porzione superiore del pettorale, aiutato dai muscoli sopraspinato, dentato e trapezio. Se si riesce coll'impulso della volontà di mettere in attività gli elevatori succedanei, i muscoli coadiuvanti si metteranno tosto a disposizione, come nell'innervazione del deltoide, la quale non può aver luogo isolatamente. A Kron sembrò essenzialmente necessario di indicare alla volontà un nuovo elevatore, di procurarle una nuova via. A ciò volle utilizzare, la porzione superiore del pettorale, che egli si prefisse di rinforzare coll'elevazione continuata del braccio in avanti, fino a produrre artificialmente l'ipertrofia, perchè questa coll'aiuto dei muscoli ausiliarii fosse più tardi in grado di eseguire anche l'elevamento laterale dell'omero. Gli esperimenti eseguiti in due infermi gli riuscirono perfettamente.

FORMULARIO

Cura dell'emicrania

Estratto fluido di coca	gr.	30
Bicarbonato di sodio	»	2,50
Vino di Xerès	»	10
Acqua di melissa	»	100
Oleosaccarato di cedro	»	5

Mischia: 3 cucchiai per giorno.

(Leyden)

Bicarbonato di sodio	ana ctgr. 50
Antipirina	

per una cartina e di tali n. sei. Due o quattro *pro die*. Ogni mezz'ora una cartina.

Oppure:

Antipirina	ctrg.	50
Citrato di caffeina	»	10
Solfato di sparteina	»	2

per una carta e di tali n. 10. Due-quattro *pro die*, Alla sera una pillola di:

Estratto di belladonna	ana ctgr. 1
Polvere di belladonna	
Podofillino	

per 1 pillola e di tali n. 10. (Grasset)

NOTIZIE E VARIETÀ

Premio William F. Ienks

Per questo premio triennale di 500 dollari è bandito il concorso sul tema: Etiologia, manifestazioni e cura della litemia nell'infanzia e nella fanciullezza.

Le memorie scritte in inglese od accompagnate da una traduzione inglese debbono essere indirizzate, accompagnate da un motto, a Richard C. Norris, M. D., Chairman of the William F. Jenks Prize Committee, non più tardi del 1° gennaio 1901.

Esposizione d'igiene

Durante i mesi di giugno e di luglio alla La Bourdonnais (Campo di Marte) a Parigi è aperta un'esposizione internazionale di medicina, chirurgia, farmacia, igiene e agricoltura.

Durante il mese di ottobre vi sarà a Marsiglia una esposizione universale diļigiene. Per informazioni rivolgersi al sig. Adolfo De Vecchi. Firenze.

Per i denti

La Società russa d'igiene publica ha nominato una commissione, incaricata di organizzare un sistema regolamentare d'inspezione dentaria in tutte le scuole dello impero.

Medici e compagnie d'assicurazioni

Alcuni medici americani hanno proposto di sottoporre alla prova della tubercolosi i candidati alle assicurazioni della vita. Questa sarà una quistione da mettere in discussione al prossimo congresso di Bruxelles.

CONCORSI E CONDOTTE

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Messina. Dal Ministero dell'Interno è stato bandito il concorso ad un posto di medico di porto. Stipendio annuo L. 2800. Scadenza 15 luglio 1899.

Sozzago. (Novara). Medico-chirurgo condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 15 luglio.

Motta Camastra. Concorso alla condotta medico-chirurgica per 2 anni. Stipendio annuo L. 1600. Scadenza 15 luglio.

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 35 anni di età.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SULLE DISSOCIAZIONI FUNZIONALI DEL CUORE

Nello sviluppo graduale della dottrina delle dissociazioni funzionali del cuore i clinici hanno preceduto i fisiologi ed i patologi generali. I fisiologi, come ad es. Landois, negavano la possibilità di una ineguale contrazione dei due ventricoli, perchè questi hanno una comune muscolatura ed una stessa innervazione. Eichhorst e Da Costa mostrarono minore scetticismo. Secondo Leube la persistente partizione dei toni cardiaci non ha alcuna importanza per la diagnosi. Schrötter faceva osservare che la irregolarità dei movimenti cardiaci può essere generale o limitata ad una singola sezione del cuore. Sahli distingue tre forme di dissociazione ritmica longitudinale, dimostra l'affinità tra queste forme, ma non dice nulla sul loro valore diagnostico.

Fu Charcelay il primo a dare la giusta importanza al fenomeno della ineguale contrazione dei ventricoli in certi stati patologici. Egli lo considera come un auto-difesa dell'organismo contro la malattia. Skoda spiegava i casi di emisistolia ammettendo che nelle parti passive del ventricolo destro si formassero delle prominenze paralitiche quando il ventricolo sinistro si contraeva energicamente. Botkin ammise come unica spiegazione possibile dei fenomeni acustici e plessici dell'angina di petto e del morbo di Basedow, l'ipotesi della dissociazione delle singole parti del cuore.

Ma dopo le comunicazioni di Leyden la dottrina delle dissociazioni del cuore entrò in una nuova fase di sviluppo. Obermeier in un'epidemia di febbre ricorrente ebbe occasione di osservare un solo battito del polso ogni 2–3 contrazioni cardiache: il che egli spiegò con la ineguale contrazione dei ventricoli. Bozzolo spiega nel seguente modo il fenomeno dell'emisistolia: i ventricoli si contraggono nello stesso tempo, però la seconda contrazione del ventricolo sinistro è così debole da non produrre un sollevamento della curva sfigmografica; il ventricolo destro invece, per la minore resistenza che incontra nelle vene può produrre un sollevamento anche dopo la seconda contrazione debole, dimodochè si hanno due polsi venosi per un polso arterioso. Ma d'altra parte Malbranc ha osservato che nella debolezza cardiaca scomparisce prima il polso venoso, se questo esiste, e poi l'arterioso. Malbranc sostiene invece che l'emisistolia sia un fenomeno passivo, non attivo. Nothnagel, che nega le dissociazioni cardiache, a spiegare alcune specie di aritmia cita Fothergill, il quale le considera come effetto di dissociazioni trasversali. Johnson riconosce le dissociazioni trasversali (disarmonia ritmica tra orecchiette e ventricoli), ma nega le dissociazioni longitudinali. Sibson, Jonanno, Friedreich e Roy ammettono, nel descrivere i casi da loro osservati, la contrazione ineguale dei ventricoli.

Nel senso moderno e più ampio, come « dissociazioni del cuore » debbono intendersi i disordini di funzione delle singole parti del medesimo. Da questa definizione si desume quanto varî debbano essere i fenomeni che rientrano in questa categoria. Occorre quindi una classificazione, per quanto precoce essa ancora possa considerarsi. In primo luogo i disordini possono essere relativi alla forza ed al numero delle contrazioni; debbonsi distinguere perciò le dissociazioni dinamiche e le ritmiche. Se ha luogo una differenza nell'attività funzionale delle orecchiette rispetto a quella dei ventricoli, si parlerà, secondo Lukjanoff, di dissociazione trasversale; se invece esiste ineguaglianza nelle contrazioni delle due metà del cuore, si parlerà di dissociazione longitudinale. Nelle dissociazioni longitudinali ritmiche bisogna distinguere quattro forme, il bigeminismo asincrono del cuore, l'emisistolia semplice, l'emisistolia inversa, la sistolia alternante. D'ordinario la prima contrazione del ventricolo sinistro coincide con la prima del destro; anche la seconda più debole del ventricolo sinistro coincide con la seconda più forte del destro; si parla allora di bigeminismo sincrono, che deve distinguersi dal bigeminismo asincrono, in cui non coincidono nè le prime, due nè le altre due contrazioni, il che acusticamente si manifesta con 4 toni nelle valvole atrio-ventricolari, invece di 2. Questa modificazione dell'attività cardiaca può essere attiva e passiva. Nell'emisistolia semplice il ventricolo destro compie un numero doppio di contrazioni rispetto al sinistro. Questa forma di dissociazione può nascere od in seguito ad un grande indebolimento della 2ª contrazione del ventricolo sinistro, in modo che il suo contenuto non si vuota sufficientemente, od in seguito a completa mancanza di questa contra-

zione. Questa modificazione funzionale del ventricolo sinistro, dipendente semplicemente da debolezza del medesimo, è di carattere passivo (emisistolia semplice passiva). Ma può aversi il rallentamento del ritmo del ventricolo sinistro anche per un'altra causa, ossia per l'aumento della sua funzione, come avviene in seguito all'uso della digitale. Allora si parla di emisistolia semplice attiva. L'emisistolia semplice può anche prodursi quando il ventricolo destro compie un numero doppio di contrazioni rispetto al sinistro, che rimane nello *statu quo ante,* quando cioè il compenso viene assunto dal ventricolo destro, anzichè dal sinistro. Ed allora possiamo distinguere un'emisistolia semplice attiva destra ed una sinistra. In poche parole per emisistolia semplice attiva deve intendersi quel disordine dell'attività cardiaca, in cui uno dei ventricoli, a scopo di compenso, aumenta di funzione, mentre l'altro ventricolo continua a funzionare come prima: e per emisistolia semplice passiva quella in cui il ventricolo sinistro indebolito compie un numero di contrazioni minore della metà in rapporto al destro, che rimane nello stato di prima. In entrambi i casi ad ogni 2 contrazioni del ventricolo destro ne corrisponde 1 del sinistro. Nella forma attiva e passiva le due prime contrazioni possono o no aver luogo nello stesso tempo, il che acusticamente si rileva per la presenza di 2 o 3 toni nei focolai d'ascoltazione delle valvole atrio-ventricolari, e così si distingue l'emisistolia semplice passiva ed attiva sincrona dall'asincrona.

Quello che si è detto per l'emisistolia semplice può essere applicato all'emisistolia inversa, che può del pari essere passiva ed attiva, sincrona ed asincrona.

La sistolia alternante rappresenta una forma pura di asincronismo, che a sua volta può essere attivo e passivo.

Le dissociazioni longitudinali dinamiche possono distinguersi in quattro forme: bigeminismo sincrono, pseudo-emisistolia semplice, pseudo-emisistolia inversa, pseudo-emisistolia alternante.

Partendo da questa classificazione lo Schatiloff che discute in un lungo lavoro l'argomento dell'emisistolia, esamina in che modo il cuore sano ed ammalato reagisce nelle sue varie parti agli stimoli esterni. Da questo punto di vista le dissociazioni cardiache possono distinguersi in emato-dinamiche, causate cioè da un disordine della circolazione nei polmoni e specialmente nelle coronarie: distruttive, dipendenti da lesioni distruttive tanto del miocardio, quanto degli apparecchi valvolari del cuore —a causa di queste alterazioni vengono a mutarsi anche le condizioni meccaniche della circolazione intracardiaca— : nervose, in rapporto a modificazioni dell'innervazione intra ed estracardiaca; ed infine farmacologiche.

Riguardo alle dissociazioni emato-dinamiche sperimentali sono da citarsi i lavori di Erichsen e Schiff, i quali trovarono che legando una delle coronarie, aveva luogo una divisione funzionale del cuore nelle due metà. Naunyn, in seguito a trombosi di tutti i vasi coronari, osservò dissociazione trasversale e contrazioni del ventricolo destro, durante il riposo del sinistro. Bezold notò fenomeni di emisistolia ed aumento della frequenza delle contrazioni del ventricolo sinistro, in seguito a compressione dell'aorta. Samuelson ottenne una diminuzione della frequenza delle contrazioni soltanto nel ventricolo sinistro, quando comprimeva l'arteria coronaria sinistra. Jenner richiamò per primo l'attenzione sulla importanza della stenosi delle coronarie come causa di dissociazione, e la maggior parte degli autori inglesi, Stokes, Parry, Krensig si accordano più o meno con Jenner; in Francia Pinnel, Raige-Delorme ed altri, in Germania Virchow. Però non si è tenuto sufficientemente conto della distinzione tra la stenosi lenta delle coronarie e la stenosi insorta rapidamente.

Roussi, facendo delle ricerche in questo senso, ha cercato di spiegare tutti i sintomi cardinali della stenocardia. Cohnheim e Schulthess-Rechberg, comprimendo le coronarie osservarono contrazioni del ventricolo destro per la durata di 20 secondi, quanto il ventricolo sinistro. Infine sono da citarsi il lavoro di Lukjanoff, che ha raccolto un esteso materiale sperimentale riferibile a questo argomento, che egli ha discusso nel modo più ampio; e poi i lavori di v. Openchowski e di Lukianoff stesso sull'asfissia generale. I fatti fondamentali risultanti da queste ricerche sono che nel cuore esistono delle condizioni per le quali esso è costretto di conservare fino all'ultimo l'unità normale, fisiologica del ritmo di contrazione (tanto delle orecchiette, che dei ventricoli), e che esso, quando è notevolmente indebolita od esaurita la sua energia, reagisce, continuando a funzionare, con dissociazioni ritmiche longitudinali.

Al Leyden spetta pure il merito di avere illustrato ampiamente la dottrina delle dissociazioni funzionali del cuore. Egli ha stabilito tre concetti fondamentali. Le contrazioni anormali dei ventricoli (asincronismo) sono causate da condizioni anormali nel riempimento e svuotamento delle due metà del cuore. Le dissociazioni si manifestano a preferenza nella insufficienza mitralica avanzata. Se ciò è vero, il fenomeno della contrazione non contemporanea dei ventricoli deve aversi in tutti i casi in cui la insufficienza della mitrale è di tal grado, da verificarsi un'onda di sangue reflua nelle vene polmonari. Secondo Leyden le dissociazioni del cuore hanno un significato compensativo. Secondo Schatiloff, solo le dissociazioni attive hanno valore compensativo. Esse sono realmente prodotte, come sostiene Leyden, da anormali condizioni nel riempimento e svuotamento delle due metà del cuore, e queste condizioni si verificano più fre-

quentemente quando esiste nello stesso tempo insufficienza della mitrale, stenosi dell'ostio venoso sinistro, dilatazione del ventricolo sinistro, insufficienza della tricuspide. Un cuore indebolito e con alterazioni distruttive può in modo relativamente facile reagire, allo scopo di compenso, con dissociazioni ritmiche longitudinali. Dal lato prognostico le dissociazioni genuine sono più favorevoli delle artificiali (ad. es. quelle prodotte dalla digitale). Fra queste ultime quelle accompagnate da aritmia poco intensa hanno prognosi più favorevole di quelle in cui l'aritmia è spiccata.

Riguardo alle dissociazioni del cuore di natura nervosa esistono gli studii di Pawloff Nuel, Eckard, Gaskel, Dogel, Chauveau, Dobroklonski. Secondo Pawloff l'attività cardiaca è subordinata a 4 specie di nervi. rallentatori, acceleratori, rinforzanti ed indebolenti. Stimolando gli acceleratori egli ha ottenuto disuguaglianza tra la contrazione dei ventricoli e delle orecchiette, la quale può essere evitata stimolando i nervi rinforzanti; con questo mezzo egli ottenne pure contrazioni anche dopo che il cuore si era completamente arrestato e si era arrestata la circolazione. Pawloff crede che le fibre rinforzanti abbiano carattere locale, cioè che esse sono ripartite per le singole sezioni del cuore. Spesso si può osservare che alcuni dei rami acceleratori esterni non solo rendono più frequenti i battiti cardiaci, ma rinforzano anche la contrazione delle orecchiette, mentre le contrazioni dei ventricoli sono superficiali, sebbene pure frequenti. Questo fatto è appoggiato anche dai dati anatomici, giacchè la ramificazione principale del nervo acceleratore si distribuisce a preferenza nei ventricoli, mentre i rami esterni si perdono nelle orecchiette.

Le osservazioni di Dobroklonski confermano quelle di Pawloff. Anche lui ammette 4 specie di nervi cardiaci, e crede possibile che ogni cavità cardiaca abbia la sua speciale innervazione. A spiegare le dissociazioni Pawloff dice che bisogna ritenere o che i nervi del cuore sieno nervi vaso-motori (i rinforzanti vaso-dilatatori e gli indebolenti vaso-costrittori) od essi hanno una funzione speciale, indipendente dalle condizioni di circolazione (innervazione cardiotonica). La seconda ipotesi spiega però, meglio della prima, tutti i fatti.

Per ciò che concerne le disposizioni farmacologiche (digitale), tutte le modificazioni che questo farmaco induce nell'attività cardiaca possono essere spiegate con la dilatazione, o costrizione delle coronarie. Le modificazioni del ventricolo sinistro possono benissimo farsi dipendere da dilatazione delle arterie che gli apportano la nutrizione; quelle del ventricolo destro, cioè la diminuzione del potere di resistenza, i fenomeni di depressione, l'assenza di iperemie e di stravasi, la diminuzione della pressione nel primo periodo, sono dovute a costrizione delle coronarie. Agendo ulteriormente la digitale sul cuore, il ventricolo destro comincia a pigliare il sopravvento sul sinistro e le sue contrazioni persistono anche dopo che quest'ultimo si è completamente arrestato. La dissociazione funzionale del cuore sotto l'influenza della digitale può però d'altra parte essere spiegata ammettendo un'azione puramente muscolare del farmaco. Quando la digitale per la via del sangue è pervenuta nel ventricolo sinistro, questo reagisce con un aumento della sua attività, quando la digitale distribuisce uniformemente su tutti gli elementi muscolari la sua influenza tonica. E poichè nel cuore sinistro il numero di questi elementi è maggiore che nel destro, ne segue che il primo sviluppa più energia del secondo. La dilatazione dell'arteria coronaria potrebbe essere un fenomeno secondario.

Infine possono essere invocate, a spiegare l'azione dei cardiaci sul cuore, tutte insieme le ipotesi emesse, ossia tanto la ipotesi vasomotrice e nervosa, quanto quella muscolare.

Ricapitolando ciò che finora è stato discusso, abbiamo per intendere il modo d'insorgere delle dissociazioni funzionali del cuore, la teoria meccanica o distruttiva, la nervosa, la coronaria-vasomotrice, la emato-dinamica, in parte anche la muscolare. Tutte queste teorie prese insieme od ognuna per se, si mostrano sufficienti più o meno a spiegare l'una e l'altra forma di dissociazione, ma nessuna è sufficiente a farci comprendere il meccanismo di tutte le specie di dissociazione.

Infine va discussa la questione della indipendenza reciproca delle due metà del cuore. Contro di essa si è obbiettato che le due metà del cuore posseggono una muscolatura comune. Ciò è certo per gli strati muscolari superficiali ma la quistione relativa agli strati profondi non è stata ancora completamente decisa, perchè alcuni anatomici (Winslow, Cruveilhier, Gerdy, Weber-Hildebrand, Donders) considerano anzi i due ventricoli come due sacchi provvisti di muscolatura autonoma ed inclusi in un terzo sacco che li abbraccia entrambi. Questa osservazione anatomica è appoggiata poi da osservazioni di fisiologia generale, farmacologia ed anatomia patologica.

Sul significato diagnostico poi delle dissociazioni non tutti sono di accordo. Mentre Traube dice che la dissociazione è un segno cattivo, v. Leyden le attribuisce un significato favorevole. La ragione di queste opinioni contradittorie è la grande difficoltà di diagnosticare le diverse forme di dissociazione, specie quando le valvole sono sane. Basta a tal uopo ricordare che nell'ordinario ritmo normale si producono 12 fenomeni sonori che si fondono tutti in due toni: si comprende perciò quale complicazione di fenomeni acustici si debba avere sul bigeminismo asincrono del cuore, dove invece di 12 fenomeni sonori se ne producono 24 durante un periodo di tempo brevissimo. In queste condizioni possono anche prodursi ritmi a 4-5-6 membri, in modo da nascerne tale confusione che va col nome di aritmia del cuore.

delirium cordis. Malgrado che queste denominazioni sieno molto espressive, esse non spiegano affatto la natura del fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

Openchowski, *Sinuangsber. d. kais. Akad. d. Wissen.*, Bd LXXXIV, 1881 e *Pflüger's Arch*, Bd. XXVII, 1882.—Lukjanoff, zur Frage über die] function. Stördes Herzens in den einzelnen Höhlen. *Dissert*, 1883.—Pawloff, Die centrifugalen Nerven des Herzens, *Dissertation* 1883. — Dobroklonsky, *Klin. Wochenblatt*, n. 27-31, 1886 (in russo).—Openchowski, *Zeitschrift f. klin. Med.*, Bd. XVI, 1889.—Knoll, *Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissen.*, Bd. XCIX, 1890.—Schatiloff, *Zeitschrift. f. klin. Med.*, Bd. 37, H. 1, 4, 1899.

LAVORI ORIGINALI

R. Scuola d' Ostetricia di Novara

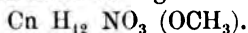
CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI RIMEDII EMOSTATICI NON ECBOLICI, E TERAPIA DELLE METRORRAGIE IN GRAVIDANZA ED IN SOPRAPARTO.

Prof. L. M. Bossi
Doc. di ostetricia e ginecol. all' Univ. di Genova, Direttore della Clinica ostetrica di Novara

(*Cont. — V. num. prec.*)

II.

Stipticina. — La stipticina sappiamo essere clinicamente un idroclorato di catarmina avente molta affinità colla idrastina; è infatti un'idrastinina nella quale un atomo di H viene sostituito dal gruppo OCH e si ottiene per un processo di ossidazione della narcotina presentando la seguente formola chimica:

$Cn\ H_{12}\ NO_3\ (OCH_3)$.

E' una polvere amorfa di color giallo paglierino, molto solubile nell'acqua. Essa viene messa in commercio oltre che in polvere, sotto forma di tabloidi contenenti ciascuno 5 centig. di medicinale.

Si deve al D.r Martin Freund la prima idea di usare tale sostanza nelle metrorragie indottovi dall'affinità chimica che essa presenta coll'alcaloide dell'*hydrastis canadensis*, al Professor Gottschalk devonsi poi le prime esperienze cliniche.

Gli studi e le esperienze finora fatte sulla stipticina possono così riassumersi. Fin dal 1895 il D.r Gottschalk di Berlino aveva riferito sopra 46 casi ginecologici nei quali la somministrazione della stipticina avea dato i più confortanti risultati. La casistica comprendeva forme di endometriti, metroraggie, tumori e polipi uterini, prolasso ed altre alterazioni, nelle quali l'azione emostatica e narcotica della stipticina (cloridrato di catarmina) si esplicavano felicemente, e con effetto completo.

Il Gaertig nel 1896 pubblicava altra interessante memoria che confermava l'azione clinica del medicamento, rilevandone specialmente il vantaggio pratico nelle metrorragie e anomalie mestruali.

Più tardi il D.r Nassauer (1897) e i D.ri Rousse e Walton (1898) pubblicavano lavori e casistiche le quali sempre più confortavano il ginecologo alla applicazione del nuovo rimedio che ancora in Italia non era stato introdotto.

Il D.r Pazzi, primario degli Ospedali di Bologna, faceva nell'aprile u. s. una comunicazione preventiva nella quale, dopo un breve sunto della letteratura estera riferiva un caso interessante che venne pubblicato nel *Corriere Sanitario,* che preludeva ad altri tra cui tre forme di metrorragia d'adolescenza e tre di metrorragia in menopausa che erano guariti; così pure un caso di emorragia in sopraparto, e uno di emorragia da endometrite dopo aborto.

In cinque altri casi ebbe notevole miglioramento. Nel contempo si facevano esperienze sulla stipticina nella Guardia Ostetrica Permanente di Genova e nella Clinica Ostetrica di Novara e su esse riferirò in appresso.

A Padova il Zaranello istituì pure delle esperienze con felici risultati; egualmente a Messina il D.r Fiore ed a Reggio Emilia il D.r Celso Moscatelli.

Le esperienze nostre sulla stipticina datano da un anno, e vennero contemporaneamente fatte presso la Clinica Ostetrica di Novara, presso la Guardia Ostetrica di Genova e nel Laboratorio di Materia Medica dell'Università di Genova.

Sulla tossicità della stipticina.—Già il Freund avanti di lanciare nella terapia questo rimedio ne aveva sperimentata sugli animali l'azione trovandola poi priva di tossicità. In onta a ciò consigliai il mio assistente D.r Paoletti di ripeterne le esperienze ciò che fece sotto la direzione del Prof. Mosso.

Egli infatti iniettò in cani delle forti dosi di stipticina per la via ipodermica e non gli fu dato mai di rilevare anche a dosi elevatissime un'azione tossica.

Così in varî cani del peso da 6 a 7 Chg. iniettò della stipticina anche alla dose di un grammo al giorno, senza che gli fosse possibile

riconoscere nel medicamento un potere tossico immediato.

Esegui pure uno studio comparativo sulla azione tossica dell'*hydrastis* e su quella della stipticina iniettando nel sacco dorsale di molte rane delle quantità equipollenti o di estratto fluido d'*hydrastis* o di soluzione di stipticina oppure immergendo le rane in un bagno dell'uno o dell'altro medicamento. Ebbe sempre a constatare nello spazio di 24-48 ore la morte degli animali immersi in soluzione d'*hydrastis* mentre nessuna variazione grossolana evidente avevano subito gli animali messi in soluzione di stipticina.

Dal complesso quindi di tali esperienze ne emergeva *che la stipticina ha un potere meno tossico dell'hydrastis*.

Sull'azione non ecbolica della stipticina.—Nel mentre nuove esperienze si stavano compiendo sul meccanismo d'azione della stipticina mi interessava constatare se essa avesse per effetto di eccitare contrazioni uterine.

Feci quindi alcune esperienze primitive su cagne e coniglie gravide coi seguenti risultati.:

I° Cagna del peso di Chg. 8 a parecchi giorni dalla fine di gravidanza.

5 Luglio	1898	ore	10	iniezione sottocutanea di 20 centg. di stipticina in acqua distillata.	
6	»	»	10	iniezione di	30 centg.
7	»	»	11	» »	50 »
8	»	»	11	» »	60 »
8	»	»	17	» »	60 »
9	»	»	10	» »	un gr.

Nulla di anormale si ebbe. La cagna partorì a termine cinque giorni dopo.

II° Cagna del peso di 9 Chg. e $^1/_2$ parecchi giorni avanti il termine di gravidanza.

7 Luglio	1898	ore	9	iniezione di	40 centg.
8	»	»	10	» »	50 »
9	»	»	8	» »	60 »
9	»	»	16	» »	un gr.
10	»	»	11	» »	gr. 1.20

Nessun disturbo, la gravidanza prosegui regolarmente.

III° Cagna da caccia del peso di Chg. 14.300 al principio di gravidanza.

21 Luglio	1898	ore	9	iniezione di	50 centgr.
23	»	»	9 $^1/_2$	» »	un gr.
23	»	»	9	» »	»
23	»	»	17	» »	1 $^1/_2$

Nessun fenomeno. La gravidanza proseguì regolarmente.

IV° Coniglia a metà gravidanza del peso di 5 Chg.

21 Luglio	1898	ore	10 $^1/_2$	iniezione di	20 centg.
22	»	»	10 $^1/_2$	» »	40 »
23	»	»	10 $^1/_2$	» »	75 »
24	»	»	10 $^1/_2$	» »	un gr.
25	»	»	9	» »	»
25	»	»	17	» »	»

Nessun fenomeno. La gravidanza proseguì regolarmente.

V° Coniglia del peso di Chg. 4.700 circa a metà gravidanza.

27 Luglio	1898	ore	8 $^1/_2$	iniezione di	50 centg.
27	»	»	8 $^1/_2$	» »	un gr.
28	»	»	8 $^1/_2$	» »	»
28	»	»	17	» »	»

Nessun disturbo; la gestazione proseguì regolarmente.

VI° Coniglia del peso di Chg. 5.200 nella seconda metà della gravidanza.

27 Luglio	1898	ore	9	iniezione di	un gr.
29	»	»	9 $^1/_2$	» »	gr. 1.25
29	»	»	17	» »	un gr.

Nessun disturbo: la gestazione proseguì regolarmente.

Tali esperimenti per quanto affatto elementari autorizzerebbero a farci confermare la non tossicità del rimedio ed a farci ritenere non essere esso ecbolico.

Quest'ultimo fatto però mi era già confermato clinicamente e lo fu ancor successivamente dalla esperienza avendo avuto occasione di somministrarlo in casi di gestazione complicati da perdite sanguigne, nei quali nessuna contrazione uterina venne sollevata.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

Prof. Raymond.

Un caso d'atrofia muscolare progressiva del tipo Aran-Duchenne.

Si tratta in questo malato della forma di atrofia muscolare progressiva che si designa sotto il titolo di *tipo Aran-Duchenne*. Il malato, di 37 anni, trovasi nell'ospizio fin dal 20 ottobre 1896. Prima del suo ingresso all'ospedale esercitava il mestiere di muratore. Non esistono dei nervosi nella sua famiglia. È stato bene sino a 35 anni. La sua malattia risale all'ottobre del 1895; in quest'epoca, sollevando una pietra pesantissima, risentì un forte dolore nella regione lombare, ed il dolore persistette per circa otto giorni.

Un mese dopo si accorse che la sua mano destra era divenuta debole e magra, senza che vi risentisse dolori od altri disturbi della sensibità. Nel maggio del 1896 la debolezza motrice avea già in-

vaso la mano sinistra. Dal mese di luglio dello stesso anno cominciò a soffrire dei crampi ai polpacci, sopravvenienti principalmente la notte. Circa due anni addietro la debolezza ha guadagnato le gambe, che si son messe a dimagrire. A parte ciò il paziente era tormentato da cefalea sovratutto a sede occipitale; era divenuto triste ed irritabile; nessun disordine però da parte degli occhi e degli sfinteri. Nel luglio del 1897 il malato non offriva alcun disturbo della sensibilità generale e dei sensi speciali, del trofismo: i disordini vaso-motori si riducevano ad un raffreddamento locale e ad uno stato violaceo delle due mani. Gli arti inferiori non erano atrofici; il tricipite ed i muscoli della faccia posteriore della coscia si contraevano insufficientemente. Non si scorgevano contrazioni fibrillari. I riflessi rotulei erano conservati ma indeboliti, a sinistra si effettuavano con maggior forza allorquando si frizionava la regione del tricipite. Gli arti superiori erano molto atrofici; il malato si serviva difficilmente delle mani. Queste erano piatte, le eminenze tenari ed ipotenari quasi completamente scomparse; i fasci che rimanevano erano agitati da contrazioni fibrillari. Tutti i movimenti si eseguivan senza vigore. L'atrofia muscolare era un po' meno progredita alla mano sinistra, ma i disturbi funzionali aveano la stessa intensità ad entrambi i lati; al dinamometro le due mani davano 7. L'avambraccio era pur esso atrofico, i muscoli, magri, agitati da contrazioni fibrillari; la flessione e l'estensione del pugno erano eseguite senza forza così come i movimenti dell'avambraccio sul braccio, di questo sulla spalla, del deltoide, del gran pettorale, del gran dorsale, ch'erano ancor essi atrofici. Invece i rotatori del braccio, i sopra- e sotto spinosi parevano aver conservato il loro volume normale. I riflessi tendinei del gomito e del pugno erano aboliti. Niente al torace ed alla rachide. La deambulazione non mostrava nulla d'irregolare, solo, dopo pochi passi, l'ammalato diveniva già stanco.

Un nuovo esame praticato il 5 dicembre 1897 mostrò che l'affezione era in via di progressione lenta. Il malato, camminando, teneva le mani in pronazione forzata. Egli *steppava* in modo nettissimo e si stancava più facilmente di prima. Assiso provava più difficoltà nel sollevarsi, per arrivarvi bisognava che puntasse sulle mani e sui ginocchi. Una volta all'impiedi era obbligato a curvarsi fortemente per mantenersi in equilibrio. I muscoli che s'inseriscono all'omoplata erano agitati da contrazioni fibrillari nettissime; così pure i muscoli del collo, in ispecie gli sterno-cleido-mastoidei. Le mani magrissime ,erano deformate ad artiglio. I movimenti di estensione e di lateralità delle dita erano aboliti. Le mani fredde e cianotiche, erano tumefatte nella loro faccia dorsale. I muscoli dell'avambraccia e delle braccia si contraevano senza vigore; i movimenti di supinazione e pronazione erano soppressi. I piedi erano inerti, freddi, cianotici: il malato non poteva fletterli nè estenderli.

Ovunque agli arti inferiori, i muscoli si contraevano senza forza, salvo quelli che effettuano l'adduzione delle coscie.

I riflessi rotulei erano aboliti. Nulla di anormale alla faccia.

Oggi si vede che l'intelligenza, la funzione dei sensi e della sensibilità generale, l'attività degli sfinteri sono integre. Le mani ed i piedi sono freddi, cianotici; la funzione sudante è esagerata a livello di queste parti. La pelle ci presenta una tinta di rame accentuantesi straordinariamente con l'esposizione al sole; l'istessa particolarità si osserva al viso. La faccia dorsale delle mani e dei polsi è occupata da entrambi i lati da un tumore considerevole. L'atrofia muscolare è quasi generalizzata, poichè la sola faccia è risparmiata. Essa predomina alle estremità, è più accentuata a destra che a sinistra.

Il malato non può più servirsi delle sue mani anco per gli usi più semplici. I movimenti d'estensione delle dita e delle mani sono completamente aboliti, il paziente può ancora flettere leggermente le due ultime falangi delle sue dita. Le mani sono deformate ad artiglio. Le eminenze tenare ed ipotenare son quasi completamente scomparse. Stenta molto il malato a tenersi in piedi ed a camminare; egli steppa e ad ogni movimento degli arti inferiori eseguisce un'oscilllazione con il tronco. I muscoli sacro-lombari sono magri e si contraggono senza forza. Quelli del collo non offrono nulla di normale. Negli arti superiori vi ha reazione degenerativa in tutti i muscoli innervati dal radiale. Nondimeno, malgrado lo stato avanzato della loro atrofia, tutti i muscoli si contraggono ancora molto bene sotto l'influenza delle correnti galvaniche d'intensità minima, l'ampiezza delle contrazioni è semplicemente molto indebolita. L'eccitabilità galvanica è molto diminuita. Alle braccia l'eccitabilità galvanica e faradica è ben conservata nelle diverse porzioni del tricipite. Esse sono notevolmente diminuite, e si constatano delle tracce di reazione degenerativa nel vasto esterno e nell'interno. Nei due lati si ha reazione degenerativa nel territorio innervato dal cubitale, ma con ineguale intensità da un muscolo all'altro. Così nell'avambraccio l'eccitabilità galvanica e l'eccitabilità faradica sono meglio conservate nel cubitale anteriore e nel flessore comune profondo. Per quel che riguarda il nervo mediano, i muscoli dell'eminenza tenare ed ipotenare, presentano la reazione degenerativa nettissima. All'avambraccio le due eccitabilità sono considerevolmente diminuite nei muscoli innervati dal mediano, e si costata pure reazione degenerativa. Gli stessi risultati si hanno per i muscoli innervati dal muscolo-cutaneo. A destra il deltoide presenta reazione degenerativa nella porzione posteriore. Le due eccitabilità sono diminuite nei muscoli innervati dallo

sciatico popliteo esterno, un po' meno in quelli innervati dal popliteo interno. Alla coscia l'esplorazione del vasto interno ed esterno ha dato risultati identici.

In questo malato un fenomeno domina tutto il quadro, per intensità ed estensione: l'atrofia muscolare. Agli arti superiori, comprese le spalle, essa è quasi totale; essa ha invaso un certo numero di muscoli del tronco. Ovunque l'insufficienza motoria, lo stato dei riflessi tendinei, sono adeguati all'intensità dell'atrofia muscolare. Lo stato delle reazioni elettriche è pure in rapporto con il grado dell'atrofia; là dove non esiste più tessuto muscolare le reazioni elettriche sono abolite; là dove l'atrofia muscolare è meno avanzata si notano i segni della reazione degenerativa totale. e quelli della reazione degenerativa parziale dove l'atrofia è al suo inizio.

L'integrità perfetta della sensibilità contrasta con l'intensità ed estensione di questi disturbi trofo motorii.

Si é dunque in presenza di una atrofia muscolare a decorso progressivo e relativamente rapido, perchè l'inizio risale a due anni e mezzo addietro, sopravveniente in un individuo indenne di ogni tara famiiare. Ora nello stato attuale delle nostre conoscenze, questa diagnosi esclusivamente clinica non potrebbe bastare. Occorre che si sappia la sede e la natura della lesione che ha dato luogo all'atrofia quasi generalizzata.

Si sa che la via motrice si riduce a due neuroni soprapposti: un *neurone superiore, cortico-spinale* di cui il corpo cellulare è rappresentato da una cellula piramidale corticale. Il suo prolungamento cilindrassile costituisce il cilindrasse di una fibra piramidale; con la sua arborizzazione terminale inviluppa quasi il corpo cellulare del neurone inferiore. Così si stabiliscono i rapporti di contiguità tra i due neuroni sovrapposti. Un *neurone inferiore o spino-muscolare* di cui il corpo è rappresentato da una grossa cellula ganglionare delle corna anteriori; il suo prolungamento cilindrassile costituisce il cilindrasse di una fibra nervosa motrice. Esso entra in rapporto di contiguità con una fibra muscolare, con la sua arborizzazione terminale. Ora un'atrofia può esser legata ad una lesione del neurone superiore del corpo cellulare o della corteccia, o del prolungamento cilindrassile o del fascio piramidale; può dipendere da una lesione del neurone inferiore, interessante sia il corpo cellulare del neurone (*poliomielite anteriore*) od il prolungamento cilindrassile e le altre parti costituenti la fibra nervosa motrice (*atrofia muscolare d'origine nevritica*): può infine stare in rapporto con una lesione della fibra muscolare (*miopatia primitiva*).

Qui è da eliminar l'ipotesi di una atrofia in rapporto con una lesione del neurone superiore (corteccia o fascio piramidale). Tali amiotrofie, oltre alla loro eccezionalità, sono il più spesso circoscritte ed unilaterali; non si associano mai a reazione degenerativa; per contro vi si osservano sempre dei sintomi che tradiscono l'origine corticale dell'atrofia muscolare.

Non può trattarsi di una atrofia muscolare d'origine miopatica. La miopatia progressiva è una malattia essenzialmente familiare, tranne qualche eccezione. Il modo d'inizio, la propagazione della malattia si comportano in questa abbastanza differentemente, qui l'atrofia ha attaccato dapprima i piccoli muscoli della mano, donde poi s'è propagata all'avambraccio, al braccio, alla spalla, all'arto inferiore.

La miopatia progressiva raramente comincia al di là della trentina; eccezionalmente poi vi si costatano il tremore fibrillare e la reazione degenerativa.

Però tra le atrofie miopatiche e spinali non si ha una linea netta di delimitazione, così come si pretendeva una volta.

Non può ancora trattarsi di una atrofia muscolare d'origine riflessa e generalizzata. Queste amiotrofie riflesse hanno per punto di partenza una lesione articolare qualunque, traumatica; discrasica od infettiva; questa lesione si fa sentire sul midollo, vi determina un'alterazione esclusivamente dinamica delle cellule ganglionari delle corna anteriori, alterazione che produce nondimeno un'atrofia muscolare.

Quando si sviluppa nel corso di un reumatismo poliarticolare generalizzato, dopo una poliartrite infettiva, essa può invadere successivamente o simultaneamente i quattro arti. Ma essa predomina attorno alle articolazioni, non s'inizia dai piccoli muscoli della mano, non si propaga secondo l'ordine seguito in questo malato; è accompagnata da esagerazione dei riflessi tendinei; per contro fa difetto il tremore fibrillare; tutt'alpiù si hanno modificazioni quantitative delle reazioni elettriche, mai reazione degenerativa.

La poliomielite volgare può determinare un'atrofia muscolare a decorso progressivo e cronico e propagazione centripeta. In simili casi, però la paralisi precede sempre e predomina sull'atrofia, è essenzialmente diffusa; là dove è massiva si associa a retrazioni tendinee. I disturbi sensitivi non mancano, sovratutto all'inizio e consistono in parestesie e dolori. I riflessi cutanei sono esagerati. Assai spesso, si osservano disturbi nella sfera d'innervazione cranica. In breve il quadro clinico contrasta con quello che ri riscontra in questo malato.

La nevrite leprosa s'inizia ancor essa dai muscoli delle eminenze tenare ed ipotenare, ed interossei; determina l'artiglio; s'estende progressivamente agli altri segmenti degli arti superiori; invade gli arti inferiori e vi si propaga dall'estremità alla radice. Vi ha reazione degenerativa totale o parziale. Si propaga assai spesso ai muscoli

della faccia e si associa a distrofie cutanee, a disturbi sensitivi varî, specie ad un'anestesia, raramente totale, quasi sempre dissociata con integrità della sensibilità tattile. Sul tragitto dei nervi, specie del cubitale, si palpano dei rigonfiamenti fusiformi. Questa nevrite infine si costata nei soggetti che hanno soggiornato in un focolaio di lepra.

Vi ha un'altra affezione, descritta da Déjerine e Sottas sotto il nome di nevrite interstiziale ipertrofica e progressiva dell'infanzia in cui si costatano pure delle nodosità sul tragitto dei nervi superficiali; vi ha atrofia dei quattro arti, con deformazione scimiesca o ad artiglio della mano. Però vi ha atassia degli arti, disturbi notevoli della sensibilità con ritardo della trasmissione, dolori folgoranti, nistagmo, miosi con segno di Argyll-Robertson, cifo-scoliosi.

L'atrofia muscolare progressiva del tipo Charcot-Marie è detta ancora atrofia muscolare progressiva neurotica o neurale (Hoffmann), questo secondo titolo riflette l'opinione che l'atrofia dipenda da una degenerazione primitiva o secondaria dei nervi periferici. Il Marinesco vi vede una modalità della nevrite interstiziale ipertrofica. Essa comincia agli arti inferiori; però l'inizio può avvenire ai superiori nei piccoli muscoli della mano. Essa segue un cammino centripeto. Dagli arti superiori si propaga agli inferiori, dà luogo al tremore fibrillare, alla reazione degenerativa. Ma è una malattia familiare: che s'inizia quasi sempre nell'età giovanile. Si associa a disturbi obbiettivi di sensibilità, sotto forma di anestesia dissociata, a crampi muscolari estremamente dolorosi. Qui non può trattarsi di tutto questo.

Bisogna cercar quindi nella midolla la spiegazione della presente atrofia.

La sclerosi laterale amiotrofica, nota sotto il nome di malattia di Charcot, si distingue per la contrattura con esagerazione dei riflessi tendinei, e per i fenomeni bulbari.

Nella siringomielia i disordini sensitivi non mancano mai e si presentano sotto forma di anestesia dissociata; i disturbi trofici rivestono dei caratteri nettissimi, quasi specifici (patereccio); è di regola una deviazione della colonna.

Per il decorso relativamente rapido dell'atrofia muscolare nel caso attuale è da vedere se non si può trattare della paralisi spinale sub-acuta del Duchenne. In quest'affezione, dovuta ad una degenerazione delle cellule trofo-motrici delle corna anteriori, l'atrofia è sempre preceduta dalla paralisi motrice, ha tendenza a colpire in massa i muscoli di un segmento e questi muscoli quasi si mummificano. L'atrofia in genere predomina alla radice degli arti. Vi ha reazione degenerativa. Quasi sempre la paralisi e l'atrofia cominciano dagli arti inferiori e seguono un cammino ascendente. Quando l'affezione comincia dagli arti superiori segue un cammino discendente, ma non ha il tempo di guadagnare gli arti inferiori e dagli arti superiori passa al tronco, disturbando la respirazione, onde gli ammalati muoiono asfittici.

Non resta quindi da esaminare che l'atrofia muscolare progressiva del tipo Aran-Duchenne. Il carattere individuale, non familiare della malattia l'inizio dell'atrofia dai piccoli muscoli della mano in seguito ad un violento sforzo, in un uomo che ha superato la trentina, la sua propagazione successiva all'avambraccio, al braccio, alle spalle, agli arti inferiori, la non partecipazione dei muscoli della faccia, l'assenza di pseudo-ipertrofia, il tremore fibrillare, la reazione degenerativa, l'assenza di disturbi obbiettivi della sensibilità, la mancanza di crampi dolorosi, la rapidità relativa con la quale l'atrofia muscolare ha invaso i quattro arti, tutto ciò si armonizza con la sintomatologia del tipo Aran-Duchenne.

La prognosi è assai cattiva. L'atrofia del tipo Aran-Duchenne non è solo incurabile, ma evolve con rapidità relativamente grande verso il termine fatale. La morte può essere la conseguenza dell'estensione dell'atrofia al diaframma. Più spesso essa è cagionata da accidenti bulbari (paralisi glosso labio-laringea), che costituiscono il principale pericolo.

Non si può nulla contro l'atrofia muscolare progressiva. Il Raymond ha mediocre confidenza nella faradizzazione localizzata, associata alla galvanizzazione del midollo, metodo già preconizzato dal Duchenne di Boulogne. Non ha alcuna fiducia nella stricnina, nell'arsenico, ecc. La fatica muscolare favorisce il progresso della malattia: bisogna quindi ordinare il riposo.

In questo malato il Raymond ha fatto istituire questa cura: massaggio leggero delle masse muscolari, punte di fuoco lungo la rachide, joduro di sodio a deboli dosi (gr. 0, 50 *pro die*) fosfato di calce come stimolante della nutrizione (*La Semaine médicale*, n. 27, 21 giugno 1899).

Movimento biologico universale

1. Danlos presenta un caso di « **linfangioite tubercolosa nodulare** ». Si tratta di un individuo con tubercolosi polmonare, che ha alla natica una placca di tubercolosi in vicinanza dell'ano. Questo all'indice sinistro offre una localizzazione tubercolare ch'è divenuto il punto di partenza di una lifangioite nodulare. L'infermo è stato emiplegico del lato destro, per la qual cosa, in questa epoca si è dovuto avvalere della mano sinistra. Così si spiega senza dubbio questa inoculazione abbastanza anormale dall'indice sinistro. Lungo il tragitto dei linfatici si trovano disseminati qua e

là piccoli noduli. (*Société française de dermatologie e syphiligraphie* 8 giugno 1899).

2. HALLOPEAU E GARDNER presentano « **un caso di lichene di Wilson a striscia** ». Le eruzioni lineari corrispondono all' ingrosso ai tragitti nervosi: alcune sono dei nei; altri offrono caratteri speciali che non appartengono a nessun'altra dermatosi ed altre ancora sono chiaramente psoriasiformi o lichenoidi. Queste lesioni persistono a tutte le cure. Queste localizzazioni non possono spiegarsi che coll' insieme di parti sviluppate a spese di gemme embrionarie distinte le cui influenze trofiche si accumulano e danno luogo sia ad iperplasie neviche sia a *loci minoris resistentiae*. (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 giugno 1899).

3. DANLOS presenta un caso di « **dermatite polimorfa dolorosa** ». L'ammalato entrò in clinica con tali segni di grattamento che fece pensare da prima al parassitismo. Pertanto fu impossibile di scovrirne traccia. Dopo 19 giorni si svilupparono bolle e tutta la pelle fu sede di un prurito violento. Le bolle, il prurito ed il polimorfismo delle lesioni cutanee fanno considerare questo caso come appartenente alla malattia di Duhring. (*Société française de dermatologie et de siphiligraphie*, 8 giugno 1899).

4. HALLOPEAU si occupa della « **sclerodermia a striscia ed a chiazza con eruzione bollosa e lichenoidi** ». Dice che prima la molteplicità delle lesioni che interessano tutte le parti del corpo, il loro polimorfismo, in secondo luogo, il contrasto fra le parti scolorate dure e quelle pigmentate e molli; in terzo luogo la produzione di eruzioni bollose, ed infine l'intensità del prurito e la singolare analogia della maggior parte degli elementi con quelli del lichene atrofico lo inducono a domandarsi se questo lichene atrofico sia simile ad una sclerodermia e ad invocare questo fatto in favore dell'origine trofo-neurotica del lichen di Wilson. (*Société française de dermatologie et de siphiligraphie*, 8 giugno 1899).

5. WECHSELMANN, descrive un caso di « **dermatomicosi tonsurante.** » Si tratta di un bambino il quale ebbe contagiata tale malattia da un cane, sui cui peli si trovarono numerosi tricofiti. Si noti però che i cani sono affetti più raramente degli altri animali domestici di tricomicosi. La cura a cui fu sottoposto il bambino consiste nell' uso della pasta di Wilkinson, mercè la quale si ebbe un serio miglioramento (*Società dermatologica di Berlino*. Seduta del 2 maggio 1899).

6. DE BEURMANN presenta due lesioni « **lesioni gommose terziarie ed ulcera infettante** ». Dice che sono identiche per i loro caratteri e che è impossibile di differenziarle col solo esame locale. Perciò è importantissimo interrogare sempre gli ammalati sui loro antecedenti prima di stabilire la diagnosi di ulcera infettante davanti a simili lesioni. (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 giugno 1899).

7. LESSER, presenta, alla società dermatologica di Berlino una paziente affetta da « **leuco-derma sifilitico** ». La scomparsa della eruzione cutanea papulosa che precedette la comparsa del leuco-derma in questo caso, mostra chiaramente di essere in presenza di una vera e propria anomalia pigmentaria. In alcuni punti le chiazze leucodermiche, somigliano a delle efflorescenze di roseola (*Società dermatologica di Berlino*, seduta del 2 maggio 1899.

8. NEUHAUS, di Monaco riferisce « **sei casi di sifilide extragenitale** ». Le infezioni sifilitiche extragenitali sono le più noiose a diagnosticarsi in principio, poichè spessissimo nasce il dubbio che possa trattarsi di una eruzione cutanea non sifilitica, ad ogni modo affacciatosi il menomo sospetto della infezione specifica si sottometta il paziente alla cura antisifilitica. (*Monatshefte für praktische Dermatologie* n. 12 vol. XXVIII).

9. ALLARIA descrive un caso di « **nefrite sifilitica precoce** ». Conclude che nei soggetti sifilitici possono manifestarsi due ordini di alterazioni renali: l' uno dovuto direttamente all' infezione, l'altro cagionato dalla terapia mal tollerata od esagerata. (*La Clinica moderna*, n. 25, 21 giugno 1899).

10. LÖWENBACH, porta un contributo alla « **istologia dei linfomi gommosi** ». Mentre nello stadio secondario della sifilide l'ipertrofia dei gangli linfatici è la regola ordinaria, nello stadio terziario il linfoma è un fatto relativamente raro, e perciò poco studiato. Il Löwenbach ha esaminato istologicamente qualche linfoma gommoso è ha potuto vedere che è pressochè simile per la sua struttura al sarcoma puro (*Monatshefte für praktische Dermatologie* N. 12, Bd. XXVIII.

FISIOLOGIA MODERNA

IL MICROFONO NELL'ESAME DELLE ONDE DEL POLSO E DEL CUORE

I movimenti fisiologici periodici che si producono nelle arterie e nel cuore e che distinguiamo col nome di onde sono direttamente percepibili all' orecchio (mediante lo stetoscopio) come rumori, ma si sottraggono all'occhio, al tatto e quindi anche alla grafica, perchè sono costituiti da oscillazioni frequenti (30 al secondo) e piccolissime (inferiori ad un milionesimo di millimetro). In questo caso l'orecchio esercitato può valutare esattamente l'intensità relativa ed il timbro del rumore, ma non

è in grado di esprimere con cifre esatte i suoi rapporti cronometrici e valutare il sincronismo con altre onde che contemporaneamente si producono. A questo difetto dell'ascoltazione stetoscopica si può supplire col microfono (cardiofono), costruito da A. v. Holowinski (*Zeitschrift für klinische Medicin*, Bd. 37, H. 3, 4, 1899, malgrado che esso non riproduce direttamente le minime oscillazioni sonore, ma trasformi in rumori artificiali le vibrazioni sincrone non sonore che si producono nell' apparecchio, che perciò può considerarsi come un apparecchio musicale. Questa proprietà del microfono è stata dal suo inventore utilizzata per l'ascoltazione dei movimenti del polso (1891), il quale malgrado la sua grande ampiezza non è percepibile direttamente all'orecchio, a causa della insufficiente frequenza. Perciò l'autore ha cercato di perfezionare il modello del suo ritmofono primitivo.

Lo sfigmogramma della radiale forma oggi si può dire l'unica curva grafica, che dopo tanti anni di ricerche empiriche, può essere clinicamente utilizzata fino ad un certo punto. I nuovi sfigmografi ci danno la curva con la massima precisione, però con essi è possibile raccogliere soltanto una piccola serie di onde per una sola volta, ma non fare un esame continuato, come gioverebbe ad es. nei polsi aritmici. Dimodochè l'ascoltazione telefonica del polso mediante il ritmofono è spesso di complemento al metodo grafico.

Applicando sull'arteria radiale il bottone del ritmofono, si sente una serie di rumori artificiali, il cui ritmo musicale e la relativa intensità corrisponde alla espressione grafica delle onde del polso. L'onda che dà luogo nello sfigmogramma alla linea anacrota, produce un primo rumore che passa in un lieve soffio quando si avvicina al suo termine; segue un altro rumore fino al punto in cui nella grafica, comincia il primo rialzo della curva catacrotica. Al tratto orizzontale costituito dal rialzo corrisponde nel microfono un momento di silenzio che dura fino alla parte più alta del rialzo; segue un terzo rumore che corrisponde alla parte della linea catacrotica che dal primo rialzo va al principio del secondo, e poi un' altra pausa se la linea corrispondente al 2° rialzo è orizzontale; questa seconda pausa è caratteristica della mancanza di dicrotismo. Alla parte più bassa della linea catacrotica, che dal 2° rialzo va alla base dello sfigmogramma corrisponde un debole ronzio telefonico, leggermente rinforzato nelle eventuali piccole ondulazioni. Il ritmo acustico ora descritto corrisponde ad un'intera onda, e si ripete nelle onde successive invariato o modificato, secondochè le onde del polso sono tutte eguali o disuguali.

In generale (*caeteris paribus*) l'intensità dei rumori telefonici è tanto maggiore quanto più diritta è la linea corrispondente all' onda e quanto maggiore è la celerità del movimento ascendente e discendente del polso, perciò alla parte anacrota della curva corrisponde un rumore più intenso, che non alla linea catacrotica.

Alquanto difficile è l' ascoltazione telefonica del polso, quando questo è molto frequente: la durata della sistole arteriosa è molto più breve e contiene molti punti di inflessione e quindi una serie di rumori artificiali che si seguono gli uni agli altri in breve spazio di tempo. Nondimeno si sentono sempre i due toni cardiaci, il secondo alquanto più debole del primo. D'altra parte ascoltando contemporaneamente con un orecchio sullo stetoscopio applicato alla regione del cuore e con l'altro al telefono, si può precisamente determinare quali sono i rumori del microfono, corrispondenti ai toni cardiaci. Molto più sicuro a questo riguardo e più facile è il nuovo metodo della fotografia automatica dei toni cardiaci, mercè il cardiofono, secondo v. Holowinski.

Anche interessante è l'applicazione del ritmofono all'ascoltazione delle onde del respiro: all'alta onda della inspirazione e della espirazione corrisponde un debole ronzio telefonico, ma ai piccoli rialzi del pneumogramma corrispondono singoli rumori.

L' apparecchio consta di un bottone che si applica sull'arteria e che è avvitato ad una leva in forma di forchetta, di cui una branca ruota intorno ad un asse fissa, l'altra intorno ad un asse mobile. Questo meccanismo permette ad una molla situata tra le due estremità della leva a forchetta, lunga 32 mm., larga 7,8 mm., spessa 0,32, di piegarsi liberamente, descrivendo degli archi intorno all'asse fisso innanzi cennato, mentre l'asse mobile dell'estremo opposto si pone tangenzialmente alla curva di inflessione. Cinque centimetri al disotto della molla principale sta una lamina di carbone che viene a contatto con un filo di platino, entrambi fissati a due leve curve. Ogni sollevamento del bottone che poggia sull' arteria diminuisce la pressione primitiva esistente tra la lamina di carbone ed il filo di platino, giacchè il bottone è in connessione da una parte con la lamina di carbone mediante una molla, che a sua volta è fissata alla leva sopraccennata e per mezzo di questa in rapporto con uno dei poli della corrente costante che attraversa l'apparecchio; dall'altra parte il bottone è pure in rapporto col filo di platino per mezzo di un' altra molla che è isolata, mercè una laminetta d' avorio, dalla leva che lo porta. Al filo di platino la corrente arriva mercè un filo a spirale. L'apparecchio è racchiuso in una scatola ovale di ottone, a coperchio mobile, colla faccia inferiore concava, provvista di 4 uncini per fissare l' apparecchio al braccio od al torace (con fasce elastiche). Su questa faccia inferiore si trova pure il bottone, di forma ovale, arcuato nel senso del suo asse più breve e con l'asse maggiore parallelo alla direzione dell'arteria. L'apparecchio si fissa al braccio mercè fasce elastiche, in modo che

il suo lato sinistro sia diretto al lato esterno dell'infermo. Per percepire i rumori artificiali del microfono, bisogna che esso sia posto in comunicazione con un piccolo telefono piatto (a forma d'orologio) che si fissa alla testa dell'osservatore, per non limitare l'uso delle sue mani. Intercalando in serie nel circuito di un piccolo elemento (Leclanchè, Grenet, ecc.) un ritmofono e due telefoni (modello Dèprèz-d'Arsonval di 25-80 ohms di resistenza), si ha un'intensità di corrente sufficiente, 4,0 M. A. Con correnti più deboli i rumori del microfono sono appena percepibili; con correnti più forti fino a 30 M. A. si ottiene una forza ed un'asprezza non desiderata dei rumori. La resistenza del ritmofono stesso varia di 10 a 400 ohms, a seconda della pressione del bottone, della scelta del carbone e del modo come è regolato il contatto tra carbone e filo di platino; per lo più la resistenza equivale a 200 ohms circa.

v. Holowinski ha poi eseguito alcuni esperimenti per determinare il rapporto cronometrico tra la curva del cardiogramma ed i rumori artificiali di un'onda ascoltata telefonicamente, servendosi del metodo ottico da lui precedentemente descritto (dell'anello di Newton), che permette di fotografare con la luce magnesiaca i movimenti del diaframma telefonico ingranditi 20 mila volte. Risultò da queste ricerche comparative che al microfono si producevano tanti rumori artificiali quante erano le inflessioni della curva sfigmografica, indipendentemente dal fatto se nei momenti corrispondenti il bottone dell'apparecchio si inalzava o si abbassava, vale a dire che al microfono si sentivano rumori non cosrispondenti all'ascoltazione diretta. Questa apparente contraddizione è spiegata da v. Holowinski col fatto che le oscillazioni, sieno esse molto o poco frequenti, sono sempre allo stesso modo riprodotte dalla curva grafica, mentre l'orecchio percepisce come rumori quelle oscillazioni che hanno una frequenza maggiore.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Zeitschrift für klinische Medicin* edita da v. Leyden, Gerhardt, ecc.. Bd. 37, H. 3 e 4, 1899.

1. V. Holowinski. **Ricerche microfoniche delle onde del polso e del cuore** v. p. 69.

2. L. Krewer. **Sulla diagnostica della lue cerebro-spinale e sul suo rapporto colla sclerosi multipla (a placche).** La lue cerebro-spinale si palesa anatomo-patologicamente sotto diversi processi e colpisce tutto il sistema nervoso centrale, onde deve abbracciare tutta la nevropatologia. Corrispondentemente a ciò essa può decorrere in modo diverso anche clinicamente, e sono poche le malattie del sistema nervoso centrale con le quali non venne scambiata. Krewer pubblica un caso di lue cerebro-spinale, il quale clinicamente potè scambiarsi con la sclerosi a placche.

3. L. Jacobson. **Sulle alterazioni del midollo spinale consecutive ad una paralisi periferica con contributo alla localizzazione del centro cilio-spinale ed alla patologia della tabe dorsale.** Il caso riferito dall'autore conferma che nell'interruzione duratura di conduzione di un nervo periferico tutto il tratto nervoso distale sia motore che sensitivo che decorre dalla periferia fin nel midollo spinale va in distruzione in un periodo di tempo più o meno lungo. Lo stesso caso rende probabile che il così detto centro cilio-spinale (Berdge) nell'uomo è rappresentato da un gruppo caratteristico di cellule del corno laterale dello stesso lato (ed eventualmente anche dell'altro lato) situate nel limite del midollo cervicale e dorsale. Dimostra inoltre dal punto di vista anatomico la possibilità dell'origine periferica della tabe.

4. E Kraus. **Contributo alla clinica ed alla terapia del tetano.** — Il tetano traumatico può guarire spontaneamente senza terapia di sorta. Sono queste le forme più leggiere, nelle quali si forma poca tossina tetanica nell'organismo, e queste poche quantità producono fenomeni tetanici leggieri. L'attitossina tetanica di qualunque provenienza sia, avendo solo un alto valore immunizzante, non influenza direttamente il processo morboso non facendo scomparire i sintomi già comparsi; sembra piuttosto ch'essa sia in grado di proteggere i centri nervosi non danneggiati ancora dalla tossina dalla combinazione di questa cogli elementi cellulari rispettivi, ch'essa produca l'immunizzazione cosidetta rapida di questi centri e che d'altro canto renda innocua la tossina circolante liberamente nel sangue. Ove, malgrado la pulizia ed antisepsi più rigorosa, insorga purnondimeno il tetano puerperale, l'antitossina tetanica e in grado di impedire la diffusione di questa malattia mediante l'immunizzazione precoce.

5. A. Stolz. **Su di un caso di carcinoma del piloro con secrezione continua di succo gastrico e secrezione d'acido cloridrico molto diminuita.** — Riferisce un caso di carcinoma pilorico, nel quale si aveva realmente secrezione continua di succo gastrico, il cui contenuto di acido cloridrico era essenzialmente diminuito. Venne praticata la gastroenterostemia, dopo la quale non si ebbero differenze notevoli nella quantità d'acido cloridrico nè dei cloruri fissi, s'ebbe diminuzione degli acidi organici, miglioramento della funzione motrice dello stomaco; la secrezione continua di succo gastrico persistette con certezza per lo meno nel primo tempo dopo l'operazione.

6. Leuk. **Ricerche sull'anatomia patologica dello stomaco umano con considerazione**

sull' utilità pratica di pezzetti di mucosa gastrica diagnosticati anatomicamente. — Dalle sue ricerche risulta che solo in pochi casi si può avere uno schiarimento della diagnosi dall'esame di pezzettini di tessuto dello stomaco trovati casualmente nel materiale estratto dallo stomaco stesso; nei pezzettini raschiati artificialmente le condizioni sono un poco più favorevoli. Leuk ritiene, come Lubarsch, che d'una diagnosi precoce del carcinoma gastrico per questa via non può tenersi affatto discorso. Per fare una diagnosi assolutamente sicura di carcinoma da piccoli pezzetti di stomaco, bisogna constatare in modo assoluto la proliferazione epiteliale atipica dalla mucosa nella sottomucosa. Anche il reperto di ghiandole evidenti nella sottomucosa senza figure mitotiche non si può sempre riferire ad una proliferazione carcinomatosa; anche ghiandole accessorie di Brunner al piloro ovvero semplici terminazioni ghiandolari strozzate da un ramo della *muscolaris mucosae* ipertrofica possono mentire un carcinoma. Malgrado tutto ciò, in casi oscuri, sospetti di carcinoma senza tumore palpabile e senza ristagno è giustificato il tentativo di rendere possibile, col ripetuto raschiamento, di posare più presto l'indicazione d'una gastroenterostomia profilattica o d'un tentativo di resezione.

7. P. SCHATILOFF. **Sulle forme disparate delle dissociazioni funzionali del cuore.** V. pag. 61

8. F. WECHSBERG. **Sull'influenza di contro-stimoli chimici sulle infiammazioni.** — I contro-stimoli chimici influenzano favorevolmente in vicinanza della loro applicazione processi infiammatorii localizzati. Quest'azione si spiega coll'alterazioni prodotte dai contro-stimoli nella pelle, nel tessuto cellulare sottocutaneo e nella muscolatura sottostante. I contro-stimoli chimici producono una diminuzione dei dolori causati dai processi infiammatorii. Anche quest'azione ha luogo in conseguenza dell'alterazioni da essi prodotte.

FORMULARIO

Hallopeau — Cura dell'angina acuta

Teste di papavero . . . . . n. 2
Radici di malva . . . . . . gr. 60
fa bollire in
Acqua . . . . » 200
Filtra e aggiungi:
Biborato sodico . . . . . . » 2,75
Acido borico . . . . » 2,50
Per gargarismi.
Invece di questa formola si può scrivere:
Acido fenico . . . . . . centigr. 25
Glicerina } ana gr. 15
Miele rosato }
Sciroppo diacodio . . . . . . » 50
Acqua di foglie di rovo . . . » 200
Per gargarismi.

Contro la coriza

Polveri da fiuto.
1. Mentolo. . . . . gr. 0,25
Acido borico polverato } ana » 5
Talco veneto }
Mischia.
2. Mentolo polverato . . . . . . gr. 0,25
Betolo polverato. . . . . . . » 2,50
Cocaina . . . . » 0,50
Polvere di caffè torrefatto . . . » 4
Mischia.

NOTIZIE E VARIETÁ

X Congresso della Società Italiana di Medicina Interna

Il X Congresso della Società Italiana di Medicina Interna avrà luogo quest'anno in Roma dal 23 al 26 ottobre, sotto gli auspici di S. E. il Prof. Guido Baccelli.

Per deliberazione del Consiglio Direttivo i temi generali: *Clorosi* e *Patologia del pancreas*, saranno svolti rispettivamente dai signori professori A. Riva e P. Castellino, L. Devoto e U. Gabbi.

Le relazioni intorno ai progressi dell'anno nel campo della terapia e della diagnostica sono state affidate ai signori prof. dott. Boeri e Riva-Rocci.

Gli studenti di medicina e scienze affini nell'anno 1898-99

A Bologna per quest'anno erano iscritti 473 studenti, a Cagliari 81 (1 è uditore), a Catania 215, a Firenze 290, a Genova 360, a Messina 134. a Modena 158, a Napoli 1833 (2 sono uditori), a Padova 336, a Palermo 261, a Parma 206, a Pavia 504 (di cui 4 uditori), a Pisa 215, a Roma 503, a Sassari 47, a Siena 93 (1 è uditore), a Torino 809 (1 è uditore), a Camerino 33, a Ferrara 14 (1 è uditore), a Perugia 40. In tutto 6374, di cui 10 uditori. Gli studenti di medicina superano per tal modo quelli di legge che sono 6315. In chimica ne sono iscritti in tutto 193, in scienze naturali 404, in farmacia 706, in veterinaria 506. Le alunne levatrici sono 1307.

Nelle Università tedesche

Berlino. Beck, assistente all'Istituto delle malattie infettive, è stato insignito del titolo di professore. — *Leiden*. Dott. I. E. G. van Emden, si è abilitato alla docenza di parassitologia.—*Rostock*. Pfeiffer direttore nell'istituto di igiene, è stato nominato professore ordinario.—*Vienna*. Zuckerkandl, è stato dichiarato decano della Facoltà.— *Würzburg*. Sommer è stato nominato libero docente in fisiologia.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Rarlamento 56 - Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SUL CHILOTORACE

L'occorrere straordinariamente raro del chilotorace traumatico dipende dalla posizione del dotto toracico, che si trova immediatamente sulla colonna vertebrale tra la vena azygos e l'aorta ed è in questo modo protetto così bene, che può essere leso solo quando si producono lesioni tanto gravi da produrre rapidamente la morte. Il dotto toracico comincia dalla 2ª vertebra lombare ed ha origine dalla riunione dei due tronchi linfatici lombari e del tronco linfatico intestinale che formano la cisterna del chilo: sale in direzione verticale immediatamente al davanti della colonna vertebrale e poi a livello della 4ª vertebra dorsale al di dietro dell'esofago a sinistra ed in avanti forma un arco, dopo che la vena giugulare comune di sinistra si è riunita con la vena succlavia, ed in questo punto esso sbocca nel sistema venoso. Il dotto toracico conduce la linfa di tutta la metà sinistra del torace e della metà inferiore destra, della metà sinistra della testa e del collo e di tutto l'arto superiore sinistro. Una soluzione di continuo di questo tronco dalla cisterna del chilo alla 4ª vertebra dorsale è possibile solo in seguito a frattura della colonna vertebrale o lacerazione degli organi vicini. Dalla posizione poi e dal decorso del dotto toracico in rapporto con i versamenti chilosi che sono stati osservati nelle cavità sierose si rileva pure che le trombosi o le compressioni del tronco linfatico intestinale, prima che esso sbocchi nella cisterna del chilo, debbono produrre un'ascite chilosa, e le trombosi e le compressioni del dotto toracico, oltre all'ascite chilosa, chilotorace e versamento di linfa negli arti inferiori, quando la linfa non trova il suo deflusso per vie collaterali. Inoltre nella lacerazione del dotto toracico occorre, perchè si abbia chilotorace dell'uno o dell'altro lato, che esista una soluzione di continuo della pleura costale, in modo che tra questa e la pleura pulmonare possa versarsi la linfa. Nei casi di chilotorace in cui non ha avuto luogo lesione della pleura nè può dimostrarsi lesione del tronco del dotto toracico, sono state causa del versamento chiloso, lacerazioni di piccoli rami linfatici della pleura.

Le altre cause del chilotorace sono il carcinoma, la tubercolosi, la sifilide, la filaria sanguinis, la trombosi della vena succlavia. Il dotto toracico può essere direttamente attaccato dal carcinoma o dalla tubercolosi o può essere compresso da ghiandole carcinomatose o tubercolose. Nel primo caso la occlusione del dotto è completa. Secondo J. Bayer sono stati osservati 21 di tali casi, di cui 17 furono seguiti da morte, di due non si conobbe l'esito e due guarirono.

È stata inoltre osservata la lesione del dotto toracico prima del suo imbocco nella vena succlavia, in seguito ad estirpazione di tumori ghiandolari del collo. I casi di lesione del dotto toracico in questo punto, raccolti da Boegehold e da altri dimostrano che la prognosi non è cattiva. Di 6 casi osservati 5 guarirono. La cura della lesione in questi casi fu diversa: o la ferita fu zaffata o il dotto fu afferrato con una pinza e suturato o legato.

Non tenendo conto dei casi antichi non sicuri di chilotorace traumatico (Langelot 1663, Diemenbrok Hoffmann 1700 e Monro), se ne trovano nella letteratura soltanto otto casi, a cui ultimamente E. Hahn ne ha aggiunto un altro. Il primo caso è dovuto a Quincke nel 1875. Ad un uomo di 50 anni giacente di fianco per terra passò al di sopra una carrozza. Ci fu frattura della 7ª e della 9ª costa. Al 19° giorno fu estratto dalla pleura destra un liquido lattiginoso. All'autopsia in questa stessa parte si trovarono circa 7 litri di liquido lattiginoso, il dotto toracico era ripieno di sangue. Non si trovò lesione della pleura. Il secondo caso è quello di v. Thaden (1877): un uomo di 31 anni cadde da un alto albero: frattura dell'8ª e 9ª costola, pneumotorace sinistro, chilotorace destro. Due punture successive estrassero 7 litri di liquido lattiginoso. Morte al 19° giorno. Il dotto toracico non potè essere trovato. Il terzo caso è di Kirchner (1885): una bambina di 9 anni riportò un trauma sul torace; dopo 17 giorni si fece la puntura, e si ebbe la guarigione. Il quarto caso è di Krabbel (1885): un uomo di 16 anni giacente sul dorso fu attraversato da un carro carico di carbone pesante 6 quintali. Morte al 5° giorno con fenomeni di soffocazione. All'autopsia nella pleura destra si trovarono 6 litri di liquido lattiginoso; frattura della 9ª ver-

tebra dorsale e sezione trasversale del dotto toracico in questo stesso punto.

Il caso di Post (1894) riguardava un uomo di 35 anni, che investito da un tamburo di carbone ruotante, fu buttato violentemente indietro. Chilotorace destro. Aperto il cavo pleurico mercè la resezione della 7ª costola, vennero fuori 3 litri di liquido lattiginoso. Dopo 4 settimane guarigione. Si suppose una lacerazione del dotto toracico. Il caso di Henssen riguardava un uomo di 19 anni che fu scacciato tra una porta ed un carro di carbone. Dopo la lesione riportata potè continuare a lavorare per tre ore. Il giorno appresso forte dispnea, ed al 3º giorno si estrasse dalla pleura destra un liquido chiloso; tutti i fenomeni disparvero. Nel caso di Haumann un giovane di 16 anni incappò in una ruota e riportò frattura della 1ª e 5ª costola, ebbe nella pleura destra versamento di sangue, nella sinistra liquido rosso-arancio, che all'esame microscopico si dimostrò linfa. Guarigione dopo 6 settimane. Nel caso di Haumann un individuo fu colpito al petto da un'altalena. Dopo tre estrazioni di liquido chiloso si ebbe la guarigione. L'ultimo caso, quello di Hahn riguardava un uomo di 32 anni che, giacendo di fianco, fu attraversato da una carrozza. Frattura dell'8ª e della 9ª costola sinistra e della 10ª vertebra dorsale. Chilotorace destro. Furono fatte 10 punture. Seguì la morte dopo 6 settimane per inanizione causata dalla enorme perdita di chilo (29,650 cmc.). All'autopsia si trovò rottura del dotto toracico in corrispondenza della frattura della 10ª vertebra dorsale. La rottura conduceva in una cisti grande quanto un dattero, a pareti lisce, che si trovava nel tessuto parapleurico e comunicava col cavo pleurico mercè una larga fessura coperta da un margine a forma di valvola. Il polmone destro era fortemente compresso dal liquido e quasi del tutto atelettasico.

Di questi 9 casi di chilotorace traumatico 4 furono seguiti da morte, 5 da guarigione. Dei primi solo in due potè essere dimostrata la rottura del dotto toracico. Fra i 5 guariti in due si fecero soltanto punture esplorative, in due 2 fino a 3 aspirazioni, in 1 resezione di una costola. Fra i 4 morti in 3 si fecero da 1 fino a 10 aspirazioni, in uno non si fece alcuna aspirazione. Tenendo presente il decorso dei casi in cui fu dimostrata all'autopsia la lacerazione dal dotto toracico, può ritenersi che nei casi guariti il chilotorace era stato causato da rottura non del dotto toracico, ma di alcuni suoi piccoli rami. Il dotto stesso fino alla 4ª vertebra dorsale è così bene protetto, che non può esser leso senza che si produca frattura di qualche corpo vertebrale o qualche altra grave lesione accessoria. Nei tre casi in cui fu trovata una lesione di continuo del dotto toracico, esistevano due volte fratture di costole e due volte fratture di vertebre. E poichè i casi in cui il chilotorace era causato da rottura del dotto toracico, il trauma aveva colpito gli individui giacenti completamente od in parte sul dorso, così si può ammettere che le costole fratturate od incurvate sotto l'azione del peso enorme che aveva attraversato il torace, abbiano spinto contro le vertebre fratturate il dotto toracico, in modo da produrne la lacerazione. In tutti i casi il chilotorace, era a destra. In tre dei casi seguiti da morte la frattura della costola era a sinistra; in due casi la frattura vertebrale interessava la 9ª e 10ª vertebra.

Riguardo alla terapia, nei casi lievi qualsiasi cura dà risultato soddisfacente, mentre nei gravi in cui havvi lacerazione del dotto toracico, la prognosi è assolutamente infausta. L'esito sfavorevole non può essere evitato con nessun mezzo. Quando si manifesta dispnea è indicata l'aspirazione come *indicatio vitalis*, malgrado l'enorme perdita di liquido a cui le ripetute aspirazioni dieno luogo. Per la sede del dotto toracico è escluso qualsiasi intervento diretto.

BIBLIOGRAFIA

J. Bayer. *Grenzgebiete d. méd. u. Chir.* Bd. I, 1897. — Bargebuhr. *Arch. f. klin. med.* Bd LIV, 1895. — Quincke. *Deut. Arch. f. klin. med.* Bd XVI, 1875. — v. Thaden. *ibid.* Bd XIX, 1877. — Kirchner. *Langenbech's Arch.* XXXII, 1885. — Krabbel. *Centralbl. f Chir.* 1885. — Port. *Deut. Zeit. f. Chir.* Bd XXXIX, 1891. — Henssen. *Münchener med. Woch.* 1898. — Hahn, *Deut. med. Woch.* n. 25, 1899.

LAVORI ORIGINALI

R. Scuola d'ostetricia di Novara

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI RIMEDII EMOSTATICI NON ECBOLICI, E TERAPIA DELLE METRORRAGIE IN GRAVIDANZA ED IN SOPRAPARTO.

Prof. L. M. Bossi
Doc. di Ostetr. e Ginec. all' Univ. di Genova
Direttore della Clin. Ostetr. di Novara

(*Cont. V. num. prec.*)

Esperienze cliniche onde escludere l'azione ecbolica della stipticina.

La stipticina venne somministrata sotto forma di tabloidi contenenti ciascuno 5 centg. di sostanza come dai presenti dati può apparire:

1. Primipara, 26 anni, filatrice. Entra gravida al 7. mese, si somministra la stipticina col seguente ordine: 25-9,3 tabloidi in 24 ore: 26-9,4 idem; 27-9,5 idem; 28-9,6 idem; 29-9.7 idem; nessuna contrazione, la gravidanza va a termine, il feto pesa 3100 grammi.

2. Primipara, 30 anni, contadina. Entra alla fine del 7.º mese, al principio dell'ottavo mese si somministra la stipticina: 25-9,2 tabloidi al giorno: 26-9,3 idem; 27-9,4 idem; 28-9,5 idem; 29-9,6 idem; nessuna contrazione, la gravidanza va a termine, il feto pesa grammi 3500.

3. Primipara, 20 anni, contadina. Entra in

principio dell'ottavo mese e si somministra la stipticina, 25-9,2 tabloidi di stipticina; 26-9,3 idem; 27-9,4 idem; 28-9,5 idem; 29-9,5 nessun dolore, nessuna contrazione, la gravidanza va a termine, il feto pesa 3800 grammi.

4. Primipara, 31 anni, merciaia. Entra in principio dell' ottavo mese si somministra in principio del 9.° mese: 25-9,2 tabloidi di stipticina; 26-9,3 idem; 27-9,4 idem; 28-9,5 idem; 29-9,6 idem; 30-9,7 idem: nessuna contrazione, la gravidanza va a termine, il peso del feto è di 2430 gr.

5. Primipara, 22 anni, casalinga. Gravidanza nella 1. quindicina dell' ottavo mese, 25-9,2 tabloidi ogni 24 ore; 26-9,3 idem; 27-9,4 idem; 28-9,5 idem; 29-9,6 idem: nessuna contrazione uterina, la gravidanza va a termine, il feto è del peso di 3610 grammi.

6. Primipara, 18 anni, domestica. Gravida in principio del 9. mese. 25-9,2 tabloidi ogni 24 ore; 26-9,3 idem: nessun disturbo in gravidanza, va a termine, il feto è del peso di 2920 gr.

7. Primipara, 21 anno, domestica. Gravidanza alla 2. quindicina del 9. mese. 25-9,2 tabloidi di stipticina: 26-9,3 idem; 27-9,4 idem; 28-9,5 idem; 29-9,6 idem: non produce nessun disturbo, la gravidanza va a termine, il feto è del peso di 3100 grammi.

8. Primipara, 18 anni, casalinga. Gravidanza nella 2. quindicina del 9 mese. 25-9,2 tabloidi di stipticina: 26-9,3 idem; 6-10,2 idem; 7-10,3 idem: leggeri dolori addominali durante la notte ma nessuna contrazione, poi entra in travaglio di parto regolarmente a termine.

9. Settipara, 36 anni, contadina. Entra in travaglio d'aborto al 4. mese. 8-10,5 tabloidi in 24 ore; 9-10,5 idem: 10-10,5 idem; 11-10,5 l'emorragia diminuisce, l'emorragia scompare, cessa l'emorragia. Abortisce.

10. Terzipara, 27 anni, contadina. Entra gravida minaccia d'aborto al 4. mese. 21-11,9 tabloidi in 24 ore; 22-11,8 idem; 23-11,6 idem; 24-11,10 idem: 27-11,4 idem; diminuisce sensibilmente, scomparsa l' emorragia ricompare una leggera perdita, cessata completamente. Aborto evitato al 4. mese.

11. Quartipara, 27 anni, sarta. Entra gravida di tre mesi con minaccia d'aborto. 23-8,5 tabloidi in 24 ore; 24-8,5 idem; 25-8,5 idem; 26-8,6 idem; 27-8,7 idem; 28-8,8 idem; 29-8,8 idem: 30-8,8 idem; 3-9 l'emorragia diminuisce, scomparsa quasi completamente, cessata, Aborto evitato al 3. mese compiuto, sorte gravida in principio del 4. mese.

12. Novipara, 41 anno, casalinga. Entra gravida in principio del 9. mese con metrorragia da placenta previa centrale. 23-10,6 pastiglie di stipticina in 12 ore ma l'emorragia è così imponente che si interviene subito. Dilatazione meccanica, rivolgimento, estrazione del feto e degli annessi.

Esperienze cliniche dimostranti l'effetto emostatico uterino della stipticina.

I casi clinici al riguardo per opera di distinti osservatosi sono andati moltiplicandosi ed io quindi mi limito ad esporne un riassunto:

Num. dei casi	Indicazione	Quantità media giornalier. di pastiglie di 5 centigr.	Media dei giorni durante i quali si somministrò	Effetto
17	Minacce di aborto	5	4	di sicura efficacia in 9 casi, incerto in 8.
4	Metrorragia da placenta previa	6	3	sicuro in due, incerto in 1, nullo in 1.
15	Metrorragia in sopraparto da varie cause	.5	1	attivo in 10, incerto in cinque.
9	Metrorragia durante il secondamento	3	1	buono in 7, incerto in due.

Riassumendo quindi possiamo ritenere essere clinicamente provato l'effetto emostatico della stipticina sull'utero, per quanto forse la sua efficacia sia inferiore a quella dell' *hydrastis*.

Le dosi possono variare da 15 a 30 ed anco a 40 centg. al giorno secondo i casi, somministrandone 5 centg. per volta; utilissimi i tabloidi. *(continua)*

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DES ENFANTS-MALADES DI PARIGI

Prof. Comby

Scorbuto infantile.

Lo scorbuto infantile raro in Francia è molto comune in Inghi'terra, Stati-Uniti ed anco in Germania. Il Moller per il primo lo descrisse e ne fece una forma di rachitismo acuto. Poi il Cheadle lo attribuì allo scorbuto pensando però che esso potesse innestarsi sul rachitismo. Il Barlow nel 1883 lo differenziò nettamente da questa malattia. Questo autore dallo studio di 31 casi, di cui 11 personali, concludeva che: 1° i sintomi del cosidetto rachitismo acuto, cachessia, con o senza fungosità gengivali, lesioni degli arti, non sono dovuti al rachitismo, ma sono scorbutici; 2° la lesione degli arti

è una emorragia sotto-periostea; 3° la malattia può capitare nei bambini rachitici e forse più facilmente in questi, il rachitismo può mancare, può guarire spontaneamente, ma un miglioramento spiccato si ha istituendo subito la cura antiscorbutica; 5° la cura consiste nell'immobilità degli arti e nell' uso interno di succo di carne cruda, latte fresco, succo di melarance; 6° bisogna diffidare degli alimenti artificiali per i bambini di bassa età.

Dopo Barlow, da cui la malattia prese il nome, molti medici americani (Scurvy Northrup, Starr, Rotch. Kolt) la descrissero come un vero scorbuto; Fürst, Ashby, Marfan ne hanno fatto un rachitismo emorragico. Il Barlow riconosceva che il rachitismo è abitualmente presente, ma non è necessario. Infine, le emorragie, l'anemia, la cachessia, scompaiono rapidamente con i succhi acidi delle frutta e con gli alimenti freschi, mentre il rachitismo persiste.

In qualche caso tipico osservato in Francia (Moizard, Comby, Netter, Ausset) questa scomparsa di tutti i sintomi scorbutici sotto l' influenza del latte crudo e del succo di melarance è stata meravigliosa.

Brun e Renault sotto il nome di ematoma sotto-periosteo nei rachitici hanno riferito le osservazioni che dichiarano identiche a quelle del Barlow: essi hanno concluso che: 1° il tipo clinico, descritto da Moller e Barlow non può essere identificato con lo scorbuto, nè con il rachitismo acuto; 2° vi ha per sintoma capitale, costante, l'ematoma sotto-periosteo e si deve differenziare ogni affezione non accompagnata da questo sintoma; 3° l' ematoma sotto-periosteo non è, nella maggior parte dei casi, che il risultato di una frattura sotto-periostea completa od incompleta; 4° la condizione predisponente, se non indispensabile della sua produzione è il rachitismo; 5° la causa occasionale più frequente, se non unica, è un trauma di cui l'azione produce una frattura completa od incompleta; 6° nuove osservazioni permetteranno di sapere se le affezioni emorragiche, scorbuto, porpora possano godere l'ufficio di cause predisponenti o di cause occasionali.

In presenza di queste divergenze di apprezzamento, è bene consultare l'inchiesta fatta in America dalla società di pediatria (Crozer Griffith Ch. G. Jennings, John Lovet Morse).

Non vi ha differenza quanto al sesso (189 maschi, 183 femine). L'età è un elemento etiologico da considerare; la malattia è sovratutto frequente nei poppanti tra 4-14 mesi (età di predilezione del rachitismo), e sarebbe più frequente nella classe agiata.

Tra gli antecedenti dei bambini si notano dei disturbi digestivi. La malattia può recidivare. Il regime alimentare gode l' ufficio principale; in 275 casi la malattia è attribuita ad una cattiva alimenzione, in 24 casi ad altre cause.

In 327 casi come primi sintomi sono stati notati 145 volte dei dolori, 42 gengiviti, 36 disturbi motori, 27 l'anemia, 22 emorraggie cutanee, 16 tumefazione delle ossa. Dolori e sintomi motorii sono i sintomi predominanti. I disturbi di motilità consistono in paralisi, pseudo-paralisi, difficile deambulazione; affettano sovratutto le gambe (159 volte), le braccia e le gambe (55). Le articolazioni sono tumefatte (127 volte); si son notate 179 volte delle tumefazioni diafisarie, 97 volte tumefazioni delle parti molli, 114 delle tumefazioni sotto-periostee, 16 miste. In 69 casi la tumefazione si associava a rossore, 68 volte ad edema, 49 ad esoftalmo. Le gengive sono state trovate malate 313 volte (emorragie gengivali 188, ulcerazioni 91 volte).

Le emorragie cutanee sono state segnalate 182 volte, quelle delle mucose 164. Le fratture sono state notate 9 volte. La febbre è segnalata in 182 casi, più spesso leggera che forte. Su 163 esami d'urine, si trovò 33 volte l'albumina, 22 volte del sangue. L'anemia è stata notata 254 volte; il dimagramento 167, il cattivo stato della nutrizione 178. I rapporti con il rachitismo sono i seguenti: su 340 casi il rachitismo è menzionato 152 volte (45 0[0), dichiarato assente nel 55 0[0, si ha coincidenza frequente, a cagione della somiglianza delle cause, ma non relazione di causalità.

Dal punto di vista della diagnosi, si segnala la confusione con il reumatismo, il sarcoma, la paralisi, ecc.

Nella maggior parte dei casi (259) la guarigione è stata ottenuta con il mutamento di regime, l'uso del succo di carne e di succhi di frutta.

Si son notati 29 casi mortali su 379; sei autopsie sono state fatte ed hanno mostrato delle emorragie nel pericardio, pleura, tessuto sotto-periosteo, fratture ossee, ecc.

Gli autori americani concludono che: 1° lo sviluppo della malattia succede all'uso troppo prolungato di un cattivo regime, sovratutto di specialità alimentari per bambini; 2° più la nutrizione artificiale si scosta dall'allattamento naturale, più lo scorbuto ha probabilità di prodursi; 3° il latte bollito, pasteurizzato, sterilizzato, non è per se la causa dello scorbuto, che sembra risultare da un'auto-intossicazione cronica da ptomaine, dalle fermentazioni intestinali anomali; 4° i cambiamenti di nutrizione, l' uso di succo di frutta sono la cura più efficace.

L'inchiesta dei medici americani rischiara dunque molto circa alla natura dello scorbuto infantile ed ai suoi rapporti con il rachitismo.

Lo scorbuto infantile è una malattia discrasica dei poppanti allevati artificialmente, caratterizzata da uno stato generale più o meno grave (anemia, debolezza, cachessia), da emorragie sotto-periostee, buccali con stato fungoso delle gengive nei bambini provvisti di denti. Vi si trovano così tutti i

principali tratti dello scorbuto, tal quale venne dal Lind descritto negli adulti.

La malattia si annunzia nella 1ª età, dopo 6 mesi e prima di 2 anni; è eccezionale prima di 5 anni e dopo 18 mesi; è l'età del rachitismo. Questo coincide assai spesso con lo scorbuto, e questa coincidenza spiega l'errore commesso da molti autori e la sua nomenclatura; rachitismo acuto, rachitismo emorragico, ematoma sotto-periosteo nei rachitici. Il Barlow ha segnalato dei casi tardivi a 5-10 anni, stabilenti il passaggio tra lo scorbuto infantile e quello degli adulti. Il rachitismo è più frequente tra i poveri; lo scorbuto infantile tra i ricchi; il 1° si osserva molto spesso all'ospedale, il 2° raramente. Ciò proviene da che il rachitismo è una malattia di miseria, dovuta molto spesso ad una alimentazione grossolana e poco costosa; lo scorbuto invece, s'osserva tra i ricchi che comprano molto caro le specialità alimentari vantate per i bambini di prima età. I poveri non consumano questi prodotti che costano e non conoscono se non il rachitismo; i ricchi ne fanno uso e guadagnano lo scorbuto.

Se è vero che la maggior parte degli scorbutici è rachitica, l'immensa maggioranza dei rachitici scappa allo scorbuto. Per generar questo occorrono delle condizioni particolari: tra i bambini allattati artificialmente, divengono scorbutici quelli che fanno uso di specialità alimentari, di latte di conserva ecc..

Sopprimendo queste specialità e sostituendo il latte fresco, il succo delle frutta, la malattia retrocede e scompare.

L'influenza dell'alimentazione non è dubbia; ma come agisce?

Probabilmente provocando delle fermentazioni anomali, producendo delle tossine, ptomaine, che avvelenano il bambino e conducono, con il tempo alla cachessia scorbutica. Forse v'interviene ancora qualche infezione secondaria.

Si possono in questa malattia riscontrare le lesioni abituali del rachitismo, l'ipertrofia epifisaria, gli incurvamenti diafisarii, la craniotabe, ecc. Ma ciò che caratterizza lo scorbuto sono gli ematomi sottoperiostei ed i versamenti sanguigni intra-muscolari; il femore e la tibia, presso la diafisi, sono i più colpiti. Il periostio è scollato, sollevato da un grumo sanguigno, il midollo osseo è seminato di piccole emorragie, le trabecole ossee sono rarefatte e le lacune midollari ingrandite, donde fragilità delle ossa, fratture spontanee della diafisi, il più spesso senza spostamento, mascherate dall'ematoma. Non vi ha osteite, le articolazioni sono sane. In qualche autopsia si son trovate delle emorragie pleurali, pericardiche, intestinali, ecc.

L'inizio è brusco e si manifesta con un dolore agli arti; il bambino rifiuta di far dei movimenti, grida; è pallido, poco nutrito, ha disturbi (diarrea, costipazione, vomiti) assai frequenti.

Il dolore, la psendo-paraplegia fanno pensare, al reumatismo. Ma non vi ha nulla di articolare; si sente una tumefazione ossea juxta-epifisaria che fa pensare ad un trauma, ad un sarcoma. Talora si mostrano delle petecchie in differenti punti del corpo. Se il bambino non ha denti, le gengive restano sane; se ha denti, esse divengono rosse, fungose e sanguinano facilmente. Si son notate delle ematurie, il melena, l'esoftalmo (ematoma orbitario), l'infossamento dello sterno per frattura spontanea delle coste. Lieve o niente febbre. Anemia più o meno accentuata. La morte, che non è abituale, può esser dovuta alla cachessia progressiva o ad una bronco-polmonite. I casi leggeri guariscono rapidamente, in poche settimane, se la cura conveniente è instituita; i casi gravi possono durare molti mesi; le ricadute sono possibili.

Quando si è poco familiarizzati con questa malattia, si prova qualche difficoltà nel riconoscerla. Il bambino è spesso rachitico e s'incrimina questa malattia. Si può pensare alla sifilide od alla pseudo-paralisi di Parrot; ma quest'ultima è più precoce ed affetta gli arti superiori generalmente rispettati dallo scorbuto. L'osteomelite ha un'inizio più drammatico. Il reumatismo si localizza alle articolazioni. Il sarcoma ha una evoluzione differente. In caso di dubbio si esaminino le gengive e si studiino le condizioni igieniche.

La cura è delle più semplici e consiste in un mutamento completo di alimentazione. Si daranno il latte ed i vegetali freschi (latte crudo o semplicemente bollito, i *purèes* di patate), il succo di melarance (un cucchiaino da caffè ogni 2-3 ore), o il succo di uva. La carne cruda ed il succo di carne possono adoperarsi. Si prescriverà frattanto il riposo nella posizione orizzontale supina per permettere agli ematomi di riassorbirsi ed alle fratture di consolidarsi. Più tardi si consiglieranno i bagni salati, l'olio di fegato di merluzzo, la cura marittima. (*La Mèdecine moderne*, n. 49, 21 giugno 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

I. R. SOCIETÀ DEI MEDICI DI VIENNA

Seduta del 16 Giugno 1899

Harmer. **Stenosi laringea trattata con successo**— Presenta un giovane, il quale molti anni fa in seguito a croup fu sottoposto alla tracheotomia, e per ignote ragioni la cannula tracheale rimase in sede per lungo tempo. Scorso alquanto tempo gli fu dato un dilatatore che egli spesso da sè stesso introduceva. Intanto nella laringe si andava formando del tessuto cicatriziale, tanto che poteva passare a stento un sottile tubo a drenaggio. Pertanto fu sottoposto alla operazione, fu tolto la canula tracheale la fistola del collo andò a guari-

gione. Adesso il paziente parla con voce regolare, il lume laringeo è discretamente largo, le corde vocali sono libere nei movimenti, e le pareti laringee sono quasi interamente lisce.

Schiff. **Sicosi eczematosa guarita coi raggi di Röntgen**—Presenta un infermo che fu sottoposto da lui e da Freund alla radioscopia, poichè da anni soffriva di una intensa sicosi con eczema, ribelle alle cure di ogni genere: esisteva anche blefarite. Furono sufficienti dieci sedute, perchè sotto l'influenza dei raggi X, la metà sinistra del volto, il cuoio capelluto, ritornassero al normale; la cute da eczematosa che era divenne liscia, fine, di anormale notavasi soltanto un po' di iperemia. Anche la blefarite sinistra scomparve interamente. La metà destra del volto sin'ora non è stata sottoposta alla radioscopia, poichè i fatti eczematosi sono leggerissimi e appena accennati.

Weinlechner. **Innesti di celluloide nelle perdite ossee nelle anchilosi e nelle neuralgie** — Un giovane di ventisei anni ricevette un forte trauma alla fronte: più tardi in questo punto si sviluppò un tumore di natura tubercolare, che fu estirpato, però rimase (per il tratto di osso che si dovette asportare) un piccolo buco che andava sino alla dura madre, per cui tosto cominciarono a manifestarsi degli accessi epilettici. Allora si pensò di colmare la perdita di sostanza con un piccolo disco di celluloide e ciò fatto, suturata la pelle, non si ebbe più alcun fatto di eccitamento, alcuna convulsione. In un altro caso in seguito a trapanazione essendo rimasto un piccolo foro vi si innestò un pezzettino di celluloide, ma stavolta si ebbe suppurazione e l'innesto fu eliminato. In un caso di anchilosi della articolazione del gomito in seguito a resezione per osteo-sinovite tubercolare, il Weinlechner resecò per una seconda volta, e vi innestò un dischetto di celluloide, per avere una pseudo-artrosi; —però l'innesto fu eliminato. — Finalmente in un caso di resezione del nervo inframascellare per una intensa nevralgia, fra i due monconi pose un pezzettino di celluloide, il paziente guarì perfettamente. In altri casi simili di neuralgia dopo la resezione del nervo poneva nel *foramen ovale* un piccolo chiodetto di celluloide. Tutte le volte che ha eseguito questa pratica ha ottenuto pieni risultati. La celluloide ha il grande vantaggio di essere plastica e di lasciarsi facilmente sterilizzare.

Gärtner. **Un nuovo tonometro.**—Riferisce su di un nuovo istrumento che egli ha fatto costruire per misurare la pressione sanguigna. Esso è piccolo, facilmente trasportabile, e per la sua semplicità, in pochi secondi si può esattamente misurare la pressione in ogni individuo. La parte più importante dell'apparecchio è un anello pneumatico, alto un centimetro, e con un diametro di 2 cm. e mezzo. Quest'anello comunica per una parte con un tubicino metallico. Il medesimo é rivestito allo interno di una membrana di gomma. Inoltre abbiamo un manometro e un pallone di gomma. Il modo di adoperarlo è così semplice che ogni medico può servirsene per le ricerche diagnostiche (malattie circolatorie, arterio-sclerosi etc.), e prognostiche, a letto dei suoi ammalati privati.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Seduta del 17 giugno 1899

Netter. **Batteriologia della meningite cerebro-spinale.** — Il microbo che Netter ha isolato nella maggior parte dei casi di meningite cerebro-spinale osservata in questi ultimi tempi, riproduce assolutamente tutti i caratteri che gli assegnano le descrizioni successive di Weichselbaum, di Goldschmitt, Iager etc.; diplococco intracellulare, con l'apparenza di chicchi di caffè, decolorantesi col metodo di Gram; coltivantesi benissimo nel siero-gelatinoso di Loeffler, poco virulento pei topi e per le cavie. Egli ha isolato dal mese di marzo 1898 il diplococco di Weichselbaum in dodici casi di meningite cerebro-spinale primitiva. Il diplococco intracellulare ha avuto il predominio nella piccola epidemia di meningite cerebro-spinale, che si è avuta a Parigi, ma insistere su ciò, sarebbe attribuire al diplococco in discorso soltanto l'epidemia parigina. Più sovente il Netter ha visto lo pneumococco lanceolato (11 casi) o un bacillo a catena (13 casi) che secondo lui è un derivato del pneumococco, senza parlare dei casi numerosi in cui ha trovato lo streptococco piogene (7 casi) e lo stafilococco aureo (3 casi). Pertanto ritiene, che il pneumococco lanceolato tipico e che il microbo in catena (streptococco di Bonome), che per lui è un derivato del pneumococco, possano produrre la meningite cerebro spinale epidemica, come lo può il diplococco di Weichselbaum. Dal punto di vista batteriologico non vi è una meningite cerebro-spinale epidemica ma delle meningiti epidemiche.

Chantemesse dice che bisogna specificare fin da principio che la malattia di cui parla Netter e di cui egli parla è la meningite cerebro-spinale epidemica, malattia ben caratterizzata dal suo decorso, dalla sua evoluzione, contagiosità, dalla sua epidemicità e non è una di quelle infezioni che dànno luogo a dei casi isolati di infiammazione delle meningi (streptococco, bacillo del tifo, colibacillo etc. etc.) La meningite cerebro-spinale epidemica è stata attribuita da Weichselbaum ad un microbo speciale.

Netter altre volte sosteneva l'opinione che questo microbo non fosse un bacillo speciale, ma soltanto il pneumococco di Talamon attenuato. Oggi egli, ritorna sulla sua opinione, ma solamente in parte. Infatti ammette che nella meningite epidemica vi sia un gruppo che dipenda dal microbo di Weichselbaum ed un gruppo che

egli continua a ravvicinare allo pneumococco più o meno attenuato. Questa seconda proposizione non sembra allo Chantemesse sufficientemente giustificata. Perchè considerare il microbo d'apparenza più o meno lanceolato, capsulato, che si trova in questi casi di meningite, con uno pneumococco attenuato?

Esso differisce moltissimo dallo pneumococco ordinario per un gran numero di caratteri batteriologici e specialmente per le sue proprietà patogene sugli animali che sono diverse da quelle del microbo di Talamon. Invece si avvicina molto al bacillo di Weichselbaum, pertanto l'oratore ritiene che vi sia una meningite cerebro-spinale epidemica di cui l'agente patogeno è il diplococco di Weichselbaum, caratterizzato dalle sue proprietà patogene negli animali. D'altra parte si hanno delle altre meningiti cerebro-spinali senza carattere di epidemicità che possono essere dovute ad altri microrganismi.

Griffon. **Meningite cerebro-spinale da meningococco di Weichselbaum.** — Ha potuto isolare allo stato di purezza, dal pus estratto dalla regione lombare di un malato affetto da meningite cerebro-spinale, un microbo che ha potuto identificare col diplococco intracellulare di Weichselbaum. Il microbo studiato è un cocco immobile che non si sviluppa sulla gelatina. Il siero di coniglio dà una cultura che nel corso di quarant'otto ore, è abbondantissima. Il sangue gelosato egualmente è un buon terreno di coltura; le colonie sono abbondanti, precoci nella loro comparsa, sono piatte, di colorito giallo brunastro, translucide. Sperimentalmente l'azione del microbo sui topi è tale e quale l'ha descritta Weichselbaum; cioè l'iniezione sottocutanea è negativa, mentre quella intra-pleurale è mortale nel corso di tre giorni, e all'autopsia si trovano i bacilli diffusi nel sangue e negli organi. Il meningococco non é agglutinato dal siero di sangue dell'individuo affetto da meningite cerebro-spinale.

Gouget e Bezançon. **Azione comparata dei veleni tubercolari.** — Dopo le comunicazioni di Koch sulla tubercolina si credeva che i prodotti tossici delle culture tubercolari si trovassero esclusivamente nel corpo dei bacilli, e che ad essi gli animali reagissero colla ipertermia. Ricerche ulteriori hanno mostrato che nelle culture tubercolose filtrate si contiene un'altra sostanza, una tossi-albumina, che esercita una azione ipotermizzante sulle cavie tubercolose, azione che si perde col riscaldamento a 100°. Una serie di esperienze a questo riguardo, su 86 cavie hanno dato agli oratori i seguenti risultati: 1° A dosi mortali la tubercolina come la tossi-albumina uccide le cavie sane o tubercolose producendo una ipotermia progressiva; 2° La tossi-albumina é più tossica che la tubercolina per i conigli sani. Il bacillo tubercolare produce adunque due sostanze, l'una ipertermizzante e l'altra ipotermizzante. Se si considera che la nuova tubercolina (TR) di Koch possiede una azione ipertermizzante, si è costretti a conchiudere che oltre questa sostanza il bacillo tubercolare secrega una tossina ipotermizzante che si distrugge col calore, come le tossine del tetano e della difteria.

L'impossibilità di separare coi processi attuali, queste due sostanze, ci spiega come la tossialbumina impura di cui ci serviamo, dà ora ipertermia, ora ipotermia, ed ora successivamente entrambe le reazioni.

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Seduta del 21 giugno 1899

Litten. **Sulla forma maligna della endocardite reumatica.** — Durante il decorso dell'ordinario reumatismo articolare, talvolta suol sopravvenire una forma maligna di endocardite, la quale è assolutamente mortale. Essa si differenzia dalle forme di endocardite settica gravi, dette ordinariamente ulcerose, poichè giammai nel suo decorso si hanno dei processi purulenti. Di questa forma di endocardite, in dipendenza del reumatismo articolare, che è in certo qual modo rara, il Litten ne ha osservato dal 1881 in qua diciannove casi, di cui sette recentemente. Che l'endocardite sia una malattia parassitaria, oggidì è riconosciuto da tutti. Essa può manifestarsi nel corso di diverse malattie così nella pulmonite, nel tifo, nella gonorrea etc. I microrganismi pertanto che la producono possano essere, streptococchi, pneumococchi, stafilococchi, gonococchi, bacterium coli, bacillo del tifo, bacillo di Koch e bacillo dell'influenza. Ma con più grande frequenza l'endocardite si osserva nel corso del reumatismo articolare, il cui agente causale ancora non conosciamo con sicurezza. Le ordinarie forme reumatiche sono caratterizzate da deposito fibrinoso sulle valvole, con tendenza alle metastasi. Per lo più questi depositi si fanno sulle valvole del cuore sinistro. L'endocardite pertanto non è una complicazione, ma una localizzazione del reumatismo. Queste forme hanno tendenza alla recidiva. Esse non hanno una curva febbrile caratteristica e decorrono in modo subdolo, tanto da non potersi precisare l'inizio dello sviluppo di un vizio valvolare. L'essudato delle articolazioni è per lo più chiaro e sieroso. Si noti infine che nell'endocardite reumatica semplice, non si hanno mai metastasi maligne, ma soltanto degli infarti. L'endocardite settica, è prodotta per lo più da streptococchi, stafilococchi o diplococchi. Essa dà luogo a metastasi maligne e ad ascessi purulenti. In questi casi, l'endocardite non rappresenta una entità clinica a sè, ma un sintoma generale. Caratteristico ne è il decorso, rapido e mortale. Nel sangue si riscontrano sempre batterii e all'autopsia nelle vene si notano quasi sempre trombi. In quanto riguarda la forma

reumatica maligna (che per differenziare da questa or ora descritta si potrebbe chiamare forma *non settica*), dobbiamo dire che essa si osserva nel corso del reumatismo articolare ed è sempre mortale. I sintomi obbiettivi che si riscontrano in questa malattia, sono i medesimi, che si hanno nelle ordinarie forme reumatiche, ma molto più gravi. Talvolta si ha ipotermia e tal altra ipertermia enorme, preceduta da brividi. Si hanno inoltre emorragie, cutanee, emorragie nelle mucose e nella retina; talora nefrite emorragica, tumore di milza, diazoreazione nell'urine. Il decorso è di parecchie settimane e mesi. Spesso all'inizio della malattia sull'aia cardiaca e precisamente alla base si ode soltanto uno sfregamento pericardico, ma in seguito si odono i fremiti endocardici. Il decorso febbrile non è tipico, caratteristico è il brivido erratico. All'autopsia non si riscontrano focolai purulenti, nè fatti di trombo-flebite; soltanto degli infarti benigni. L'oratore non ha potuto vedere mai alcuna forma batterica. Infine si noti come spesso l'endocardite reumatica maligna si può confondere con alcune malattie che si accompagnano ad emorragie cutanee e retiniche, come p. es. la peliosi reumatica, il *morbus maculosus* Werlhofii etc.

Richter. **Contributo sperimentale allo studio della insufficienza renale.**—La determinazione della sufficienza renale è interessante tanto per la medicina interna che per la chirurgia. Dallo esame della urina si può vedere come funzionano gli organi della secrezione urinaria; ma vi é anche un metodo indiretto consistente nello esame del sangue, per vedere se nel medesimo si contenga dell'urea o dell'acido urico. Però i metodi fin qui proposti non sono sufficienti, il Koranyi junior, ne ha proposto uno, consistente nella determinazione della *densità del siero per mezzo dell' abbassamento del punto di congelazione.* Ora il punto di congelazione normale del siero umano è di 0,56-0,58, in rapporto all'acqua distillata. Certamente questo punto varia, col variare della composizione del sangue. Se si tolgono entrambi i reni, Kòranyi ha veduto che il punto di congelazione arrivò sino a 0,64, colla nefrectomia unilaterale invece, questo punto non varia. Richter, ha ripetuto queste esperienze sugli animali e le ha trovate esatte. Inoltre ha veduto come piccole dosi di cantaridina portano il punto di congelazione a 0,62°: dosi più elevate a 0,70°. Per il chirurgo è di somma importanza, pria di accingersi ad una nefrectomia il poter conoscere se l'altro rene sia o no sufficiente.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI
Seduta del 27 giugno 1899

Hanriot. **Rapporto sulle domande di autorizzazione per la vendita delle acque minerali.**—Legge un rapporto a nome della commissione delle acque minerali e propone di autorizzare la vendita dell'acqua arsenicale di Levico (Tyrol), che contiene 6 milligrammi di acido arsenioso per litro.

Bouchardat non è di accordo in ciò poichè la vendita di un' acqua arsenicale che é dieci volte più ricca in arsenico che l' acqua di Bourboule e che si può paragonare al liquore di Fowler è pericolosa. Dando l'autorizzazione i farmacisti potranno vendere quest' acqua senza prescrizione del medico, ciò che sarà molto pericoloso.

Hanriot risponde dicendo che Bouchardat si inganna sulla ricchezza in arsenico dell' acqua di Levico. Essa non contiene più di 6 milligrammi di acido arsenioso per litro. Si deve impedire dunque la vendita di un acqua, sotto il pretesto che essa sia attiva?

Robin fa osservare che alcuni anni fa, l'Accademia ha autorizzato la vendita dell'acqua di Roncegno, tanto ricca in arsenico.

Gautier domanda su che si fonda il relatore per stabilire che l'acqua di Levico, non contiene più di 6 milligrammi di arsenico per litro.

Hanriot dice che le analisi si riferiscono a dieci litri d'acqua e non ad un litro, come credeva la commissione.

Brouardel dice che non si ha il diritto che di emettere un voto, bisognerebbe proporre una modificazione nel regolamento delle acque minerali.

Moissan fa osservare che un'acqua ferruginosa ed arsenicale, darà dei depositi molto ricchi in arsenico capaci di produrre una intossicazione.

Robin fa notare che nell' acqua di Levico non si formano depositi.

— La quistione pertanto è rinviata alla commissione delle acque minerali.

L'Accademia emette il voto che si aggiungano nella legge sulla vendita delle acque minerali, le acque arsenicali in genere a quella di Bourboule alle acque solforose e alle acque purgative, la vendita delle quali è permessa solo ai farmacisti diplomati.

Gautier. **Dosaggio delle materie albuminoidi nelle urine.** — Presenta un lavoro di Denige sul dosaggio chimico degli albuminoidi urinarii.

Apostoli. **Azione terapeutica delle correnti ad alta frequenza.**—Vanta i buoni effetti di queste correnti sugli accidenti dell'artritismo. Esse modificano potentemente la nutrizione generale, attivandola e regolarizzandola nello stesso tempo.

Movimento biologico universale

1. Baila fa uno studio **« sull' azione dello strofanto e della convallaria confrontata con quella della digitale ».** Ripete gli esperimenti del Rummo e conclude che 1°. Esiste una evidente

somiglianza nel meccanismo di azione della digitale, dello strofanto e della convallaria sul cuore: l'intensità di azione dello strofanto è di gran lunga superiore a quella delle altre due sostanze, 2° La digitale, lo strofanto e la convallaria provocano una diminuzione nel numero delle pulsazioni cardiache, ed una maggiore energia impulsiva. 3° Queste modificazioni nella funzionalità del cuore dipendono certamente, almeno per la massima parte da un' azione sull' innervazione intra-cardiaca, e più precisamente sulle terminazioni del vago. La digitale, lo strofanto e la convallaria si comportano qualitativamente in modo identico, quantitivamente lo strofanto spiega un'azione più energica. 4° Le tre sostanze predette esercitano pure secondariamente un'azione paralizzante sui nervi motori e sui muscoli striati. 5° Anche i nervi motori nel loro decorso vengono infine paralizzati. 6° La digitale, lo strofanto e la convallaria agiscono pure sui muscoli lisci determinando un modico aumento del tono e dell'eccitabilità di essi, ed inducendo più o meno rapidamente la paralisi. L'azione è più eccentuata collo strofanto e colla convallaria (*Annali di farmacoterapia e chimica* n. 3 4 marzo aprile 1899).

2. Filippi, fa delle ricerche « **sopra alcune sostanze che modificano il potere tossico della stricnina** ». Conclude insieme col Cazeneuve che moltissimi di quei fatti che si attribuiscono alla semplice azione meccanica siano invece da riferire all'azione manifesta ossidante che il carbone possiede. Ed a questa azione ossidante egli crede logico riferire l'azione tossicolitica o difensiva che il carbone esercita sulla stricnina. Gli pare anche che per l'istesso meccanismo di ossidazione il siero del sangue e la polpa cerebrale difendano dall'azione tossica della stricnina. (*Annali di farmacoterapia e chimica* n. 3 4 marzo e aprile 1899).

3. Tardif, fa uno studio critico degli « **odori e profumi e della loro influenza sul senso genesico** » I profumi aumentano l'ampiezza del respiro: hanno azione vaso-costrittrice e sul senso genesico specialmente nei maschi. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

4. Pope, della clinica medica di Graz, si occupa della conoscenza dei « **rapporti tra iperleucocitosi ed emissione dei corpi alloxurici** ». Sembra dalle sue ricerche specie sugli infermi di tifo e di pneumonia che un parallelismo tra iperleucocitosi e l emissione di corpi alloxurici non ci sia, anzi ha visto che il massimo di emissione di basi alloxuriche nella urina si ha quando scompare la leucocitosi, quando cioè comincia ad aversi il riassorbimento dall' essudato pneumonico. (*Centralblat für innere medicin* n. 25,24 giugno 1899).

5 Gilbert e Fournier, studiano la « **la difesa dell'organismo con la fibrina** ». Essi concludono che l'iperfibrinosi generale e locale deve esser considerata come una reazione salutare, e che la fibrina così prodotta in eccesso prende una parte importante nella resistenza dell'organismo alle infezioni. (*La Semaine médicale*, n. 26-14 giugno 1899);

6. Nenhaus, riferisce su di una « **piccola ma rimarchevole endemia sifilitica** ». Trattasi di parecchie persone le quali in breve lasso di tempo presentaronsi all' autore con fatti di sifilide, pressochè simili, e che erano stati contagiate dalla medesima donna. (*Monatshefte für praktische Dermatologie* n. 12 B. d. XXVIII).

7. Cordonnier, studia la « **situazione dell'orecchietta sinistra rilevata colla percussione dorsale** ». Questo metodo preconizzato dal Germe è utile nella diagnosi della stenosi mitralica. L'orecchietta sinistra corrisponde alla 6ª-7ª vertebra dorsale. Nella stenosi mitralica la superficie ipofonetica misura cm. 4-8 in altezza e cm. 4-5 ½ orizzontalmente. (*Thèse de Lyon* 1898-99).

8. Mantoux, mostra un' « **anomalia dell'orifizio aortico** ». Vi sono due sole sigmoidi; la terza è rappresentata da uno sprone che fa sporgenza in uno dei nidi di rondine. (*Société anatomique*, 2 giugno 1899)

9. Civatte, riferisce su di un caso di « **malformazione aortica (due valvole sigmoidi)** ». Il malato morì a 23 anni, con cianosi, senza assissia. L'orifizio pulmonare possiede le sue tre valvole; ma l'orifizio aortico non ne ha che due; queste stesse sigmoidi sono alterate, di modo che vi era un po' di insufficienza aortica. (*Societè anatomique*, 26 maggio 1899).

10. Poulain, mostra i pezzi di una « **dilatazione bronchiale tapezzata da epitelio pavimentoso stratificato** » staccato od in certi punti aderente. Su queste preparazioni non si osserva una membrana basale (Letulle). (*Societè anatomique*, 2 giugno 1899).

PATOLOGIA MEDICA

SULLA TACHICARDIA PAROSSISTICA

I casi di tachicardia parossistica nei cardiaci sono abbastanza frequenti, come si rileva dalle osservazioni di Herringham. Fra 53 casi egli ebbe a notarne 6 accompagnati a lesioni valvolari, 3 a pericardite, 5 altri infermi avevano avuto accessi di reumatismo articolare, ma non avevano vizio valvolare. La lesione può esistere tanto nella mitrale, quanto nell'aorta, come nel caso di West ed in quello di Fraenkel, in cui all' autopsia si trovarono vegetazioni sul grande lembo auricolare della mitrale.

La tachicardia parossistica nei cardiaci non differisce per nulla da quella essenziale; ma si com-

prende che nel primo caso il cuore è meno resistente e l'asistolia più facile a manifestarsi.

A p e r t ne ha recentemente riferito un caso (*Le Bulletin médical*, n. 49, 1899) in persona di un calzolaio, il quale mentre lavorava perdette subitaneamente la coscienza per alcuni istanti, e rinvenuto in se, avvertiva che il cuore batteva con una frequenza ed una forza straordinaria. Questi fatti scomparvero bruscamente dopo un'ora e mezzo. Il mese appresso nelle stesse condizioni l'infermo ebbe un nuovo accesso che durò circa un'ora. D'allora in poi le crisi si fecero più frequenti, fino a ripetersi quotidianamente.

Esaminando l'ammalato durante l'accesso, non si notava nulla di particolare nel suo aspetto; forse a principio esso era alquanto più pallido dell' ordinario, e quando l'accesso si prolungava, alquanto violaceo e con gli occhi iniettati, ma non si vedeva alcuna espressione di ausia o di angoscia, egli discorreva bene e poteva anche astrarsi dalle sensazioni anormali provenienti dal suo cuore, leggendosi od occupandosi di qualche cosa. Il suo torace si vedeva sollevato da movimenti così rapidi, che si ha l'impressione di un tremolio, anzichè di battiti precipitati. L'orecchio avvertiva sul cuore un ritmo simile a quello della locomotiva a tutta velocità, senza che si potessero analizzare i singoli tempi. Il polso era così frequente, da dare 200 pulsazioni a minuto; era forte, pieno, ampio.

Un fenomeno curioso, notato già in altri casi, era che l'ammalato riusciva talvolta ad arrestare l'accesso. mantenendo il torace in ispirazione profonda per qualche minuto, si vedeva allora divenire violetto, le giugulari si gonfiavano, e l'accesso finiva, scompariva il tremolio del torace, il polso si riduceva a 70-80.

Nell'intervallo degli accessi l'infermo stava bene subiettivamente. Ma l'esame del cuore rivelò una grave lesione, un' insufficienza aortica classica. Essa era di natura reumatica, perchè l'infermo aveva avuto parecchi accessi di reumatismo articolare.

Secondo le osservazioni di B o u v e r e t che riferisce alcuni casi di tachicardia parossistica, quest' affezione colpisce indifferentemente uomini e donne, per lo più dai 20 ai 40 anni. Solo in un caso riferito da H e r r i n g h a m la malattia cominciò a 6 anni.

L'etiologia è molto varia: ora si è messa in causa un'emozione, ora un colpo all'epigastrio, ora l'abuso di caffè, di tabacco, ora disordini digestivi, pulmonari uterini ecc. A vero dire non conosciamo nulla dell'etiologia. Negli antecedenti degli infermi mancano l'isterismo, la neurastenia, l'eredità nervosa. Gli accessi sono simili a quelli descritti nell'infermo di A p e r t. La malattia può prolungarsi indefinitivamente ovvero può avvenire la morte sotto un accesso più lungo degli altri. In qualche raro caso i fenomeni sono regrediti. All' autopsia si è trovato dilatazione del cuore destro, con stasi venosa in tutti gli organi; ma questi sono evidentemente lesioni secondarie, terminali. Di lesioni primitive, causali non se ne trovano, ed in particolare l'apparecchio neuromotore del cuore pare che sia sempre sano; il bulbo, il pneumogastrio, il simpatico sono sani.

Intanto il concetto che dobbiamo farci della malattia, e che essa sia effetto di un disordine funzionale dell'innervazione cardiaca. Una lesione localizzata in un punto qualunque del sistema nervoso cardiaco può produrre un aumento della frequenza del cuore.

Riguardo alla cura, bisogna evitare tutto ciò che affatica il cuore e provoca l'asistolia. In molti casi le eccitazioni brusche, i forti movimenti bastano a provocare un accesso. Durante questo deve consigliarsi il decubito dorsale, col corpo inclinato sul fianco destro. Debbono tentarsi i mezzi che possono arrestare l'accesso, cioè il cessare dei movimenti respiratori, la compressione del pneumogastrio. Il vero metodo di cura è il riposo completo.

TECNICA MICROSCOPICA

Cominelli. — **Un nuovo metodo di tecnica per lo studio dei prolungamenti delle cellule nervose.**

Piccoli pezzi di tessuto vengono fissati e in soluzione di M ü l l e r od in alcool come pel metodo di N i s s l. Dall'alcool assoluto dopo disidratazione si passino in trementina o cloroformio, poi secondo il metodo consueto si passino in paraffina per l'inclusione e si facciano tagli un po' sottili. Si liberino i tagli dalla paraffina accuratamente e si tengano in alcool ordinario per circa 24 ore, dopo di averli lavati in alcool assoluto. Indi si prepari una soluzione acquosa di ematossilina versando un numero di docce di soluzione alcoolica di essa in un egual numero di centimetri cubici di acqua distillata: si prepari ancora una soluzione acquosa col centesimo di permanganato potassico. Si porti il taglio nella prima soluzione per 5 minuti, indi si lavi in acqua per togliere l'eccesso di ematossilina, poi si porti nella seconda soluzione per altri cinque minuti. Consecutivamente si lavi bene in acqua e si ripeta per tre, quattro volte, secondo la spessezza del taglio, il trattamento descritto. Indi si tenga il pezzo per un minuto o meno nel permanganato di potassa, si lavi in acqua, si passi in alcool a 60°, poi in alcool ordinario, indi in alcool assoluto, si rischiari mercè olio di garofano e si monti in balsamo. Si otterrà un preparato di un bel nero, verdognolo un po' talvolta, che serve

molto bene per microfotografia, senza dover far uso di schermi o di lastre isocromatiche. (*Il Policlinico*, n. 11, 1 giugno 1889).

QUISTIONARIO

RISPOSTE E DOMANDE A QUESITI DEGLI ABBONATI

QUESITO 1°

Domanda. Quale è la migliore tecnica per le irrigazioni endouterine in ostetricia: i pericoli ad esse inerenti ed il modo per scongiurarli?

Risposta. La società editrice libraria milanese ha, nella collana Morgagni di scienze mediche e naturali, pubblicata la traduzione della Fisiologia e Patologia del Puerperio del prof. E. Fehling si procuri questo aureo libro e troverà quanto occorre per soddisfarla.

Pure volendo accondiscendere al di lei desiderio le dirò che per fare una buona irrigazione endouterina nell'utero puerperale è necessario di possedere una canula a doppia corrente modello Stölzt o in sua vece la canula Fritsch-Botzmann.

All'occorrenza può anche servire una canula di vetro a bolla olivare se l'irrigazione deve praticarsi nei primi otto o dieci giorni dallo sgravo.

La canula deve essere fatta bollire almeno per dieci minuti prima di usarla; ed il recipiente col tubo di gomma che deve contenere il liquido da iniettarsi sarà pure esso sterilizzato secondo il caso o colla bollitura o chimicamente. Il liquido da iniezione potrà essere: semplice acqua bollita (praticamente sterile) acqua fenicata al 2 0|0, acqua con 2 0|0 di creolina. È da proscriversi, per i pericoli di avvelenamento a cui può dare luogo, la soluzione di sublimato corrosivo a qualsiasi titolo, anche il più leggero. La quantità del liquido da iniettare è di due litri in media: appena raramente si dovrà aumentarla a 4-6 litri. Non hanno maggiore vantaggio le irrigazioni endouterine continue o subcontinue come sono ancora raccomandate da taluni. I pericoli delle irrigazioni endouterine sono parecchi basterà però citare i tre seguenti:

1° Il pericolo di disseminare nella cavità uterina germi infettivi, di cui si carica la canula lungo il passaggio.

2° Il pericolo del canale vaginale e cervicale di dar luogo ad un'embolia aerea o liquida che può produrre anche la morte istantanea.

3° Il pericolo di perforare la parete uterina.

La tecnica deve prefiggersi: 1° la innocua introduzione della canula dalla quale si sarà cacciata tutta l'aria. 2° la pressione di non più di cinquanta ad ottanta cm. del liquido da iniettare. 3° la fissazione dell'esterno a piena mano del fondo dell'utero, onde sorvegliare in ogni momento quello che si passa entro di esso. 4° fare la massima attenzione perchè si abbia la continuità del deflusso del liquido iniettato. E per bene eseguire l'irrigazione la donna potrà essere collocata sul margine dal letto; ma quando si creda di praticare l'introduzione della sonda sulla guida delle dita è indifferente di lasciare la donna nella sua posizione abituale in letto.

Come preliminare si svuoti la vescica e si faccia un'abbondante irrigazione vaginale, poi si portino due dita in vagina sino al collo di cui si riconosce l'orificio e sulla guida di esse si introduce la canula lungo il canale cervicale spingendola con la massima prudenza in alto, finchè raggiunga il fondo dell'utero. A questo punto la si ritira di alquanti cm. e si comincia l'irrigazione.

In talune circostanze potrà tornare più utile di mettere alla scoperto mediante un'abbassatore perineale e un divaricatore vaginale il collo dell'utero ed afferrarne il labbro posteriore per trarlo in basso e fissarlo con una *mugeaux*.

Così facendo si ha il vantaggio di raddrizzare l'organo e di rendere più facile l'introduzione della canula e di meglio sorvegliare il deflusso del liquido iniettato.

Sorvegliando con scrupolosa diligenza il corpo dell'utero affinchè non si lasci troppo distendere dal liquido di iniezione, facendo sorvegliare da un assistente polso e respiro, si ovvierà agl'inconvenienti dell'embolia aerea liquida sospendendo l'irrigazione al primo accenno di dolore improvviso, di alterazione dei tratti del volto, del polso e del respiro.

QUESITO 2°

Domanda. Qual'è la posologia dell'acido vanadico?

Risposta. L'acido vanadico pare che non abbia avuto applicazioni terapiche per il suo alto potere tossico. Si usa invece un suo sale, il metavanadato di sodio che è meno tossico, sebbene meno attivo e che agisce come eccitante del sistema nervoso. Lyonnet, Martz, Martin l'hanno somministrata alla dose di gr. 0,001 - 0,0025 in soluzione acquosa prima dei pasti principali; in qualche caso iniettavano 1 cmc. della soluzione 1 0|00. È facile avere assuefazione al farmaco, per cui conviene amministrarlo per 2-3 giorni la settimana.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Per il modo come si pubblicano certi lavori

Da un pezzo è invalso l'uso di riassumere senza alcuna citazione lavori pubblicati in altri giornali per far vedere al pubblico grosso che sia tutta roba che arriva di prima mano. Siamo cioè ridotti al fare dei giornali politici, i quali saccheggiano le notizie per dimostrare un vasto servizio di corrispondenza. Il povero lettore si trova così nell'impossibilità di esercitare qualunque potere di controllo su ciò che legge, mancandogli l'indicazione

della fonte principale alla quale avrebbe bisogno di risalire. Non occorre far rilevare il danno materiale che ne viene a tutti, specialmente quando questo sistema si applica all'annunzio dei nuovi farmaci. Il medico in tal modo si viene a trovare in mano una nuova arma, che non sa per qual verso usare, e che corre pericolo di usare a rovescio, quando il giornale che egli legge non gli fornisce il controllo di uno studio severo, che dia garenzia di serietà.

Un uso quasi consimile è poi invalso tra gli autori, i quali imprendono a trattare di nuovi farmaci senza per nulla accennare a chi prima di loro se ne è occupato, solamente per affibbiare al nuovo rimedio una nuova paternità più o meno illegittima.

A giornali e ad autori pare che si debba raccomandare quella tale onestà scientifica, che non è poi del tutto diversa dalla comune onestà, che impone di *dare unicuique suum*, e di rispettare almeno per un certo tanto il lettore, che ha un po' di dritto a non essere mistificato. Ci auguriamo che dalla lezioncina si ricavi profitto.

FORMULARIO

Besnier. — Cura della scabbia

Solfo precipitato	gr.	6-10
Balsamo del Perù, Resorcina	ana »	1/2
Acido salicilico	»	1
Vaselina, Lanolina	ana »	50

Per frizione.

Gaucher. — Polverizzazioni contro l'orticaria

Alcool etilico, Etere solforico, Cloroformio	ana gr.	30
Mentolo	»	10

Sciogli.

Cura dello zoster

Si applichi sull'eruzione la preparazione seguente:

Cloridrato di cocaina	gr.	0,20
Ossido di zinco	»	5
Amido	»	10

ovvero:

Acido borico	»	2
Ossido di zinco	»	4
Glicerolato di amido	»	30

NOTIZIE E VARIETA'

La nuova legge sul vaccino in Inghilterra

Dopo la celebre discussione sul vaccino obbligatorio, le Camere inglesi votarono una legge autorizzante i padri di famiglia a sottrarre i loro figli alla vaccinazione, allorquando credessero quest'operazione pericolosa per la loro salute. Or le compagnie di assicurazioni sulla vita si sono pronunziate per l'obbligo della vaccinazione; d'altro canto i partigiani di questo fanno tutto per non fare entrare negli uffici i non vaccinati. Così anco gli stessi partigiani della vaccinazione facoltativa ora si pronunziarono implicitamente per l'obbligatoria.

Legislazione disciplinare per i medici tedeschi

Nei giorni scorsi la Camera dei deputati prussiani ha adottato un progetto di legge relativo alla creazione nel regno di un tribunale disciplinare per i medici per ogni provincia con una Camera medica. e di una Corte superiore per l'insieme di tutti i tribunali del regno. Si tende così, dice il Virchow, sotto pretesto di combattere il ciarlatanismo medico, ad abbassare il carattere professionale del medico.

IV° Congresso internazionale di psicologia

Avrà luogo a Parigi il 20 agosto 1900.

Le persone che desiderano aderirvi debbono indirizzarsi al Dott. Pierre Janet, 21. rue Barbet-de Jony. La quotizzazione dei membri del Congresso è fissata a L. 20. Gli aderenti debbono unire al loro bollettino un vaglia di L. 20 per l'acquisto della loro quotizzazione; riceveranno così la nomina di membri del Congresso. Questi riceveranno gratuitamente il giorno del Congresso, il programma delle sedute, un esemplare dei rapporti ufficiali, entreranno liberamente nei diversi stabilimenti d'istruzioni, nei musei, laboratori, ospedali. È probabile che saranno fatte dalle compagnie ferroviarie delle riduzioni del 40 0/0, per la gita-ritorno, durante la esposizione. I lavori del Congresso si faranno sia nelle sedute generali, che nelle sedute dirette dai presidenti di sezione. Le sezioni saranno sette. Le lingue ammesse sono: il tedesco, l'inglese, il francese e l'italiano. La durata di una comunicazione è fissata a 20 minuti al più. Le persone che desiderano fare una comunicazione sono pregate d'indicare al più presto possibile, al più tardi il 1° gennaio 1900, il titolo del loro studio e di inviare al segretariato un estratto succinto, un riassunto non oltrepassante due pagine di stampa. Questi estratti saranno stampati e distribuiti prima di ciascuna seduta all'uditorio, per rendere più facile l'intelligenza della comunicazione. Le persone che desiderano presentare dei documenti od apparecchi son pregate di farne parte il più presto possibile. Il Comitato è composto da Th. Ribot, presidente, Ch. Richet, vice-presidente; P. Janet, segretario generale, Felix Alcan, tesoriere.

PICCOLA POSTA

M. M. Orciatico. — È impossibile che potessimo ricordare i particolari di tante pubblicazioni.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE OPERAZIONI SUL CRANIO NELL'EPILESSIA

Dopochè per un certo tempo la trapanazione nella cura della epilessia era caduta in discredito, negli ultimi tempi nuove e numerose osservazioni sono andate accumulandosi. Nondimeno sull'opportunità dell'operazione non tutti sono ancora di accordo. Braun, prendendo le mosse da un caso di epilessia jaksoniana da lui operato felicemente, ha fatto una rassegna critica dei casi analoghi operati da altri chirurgi, escludendo l'epilessia generale consecutiva a trauma e l' epilessia jaksoniana dipendente da affezioni del cervello. La rassegna del Braun principia dal 1889. Lo stesso periodo di tempo abbraccia la rassegna dei casi di epilessia traumatica jaksoniana trapanati da Graf.

Le probabilità di esito favorevole nelle operazioni sul cranio in questi ultimi tempi sono divenute maggiori. La tecnica ha fatto dei progressi degni di nota sia riguardo al modo di riparare alla perdita di sostanza della parete cranica, sia riguardo ai metodi per designare esattamente sulla superficie del cranio le singole circonvoluzioni e scissure. Una sufficiente conoscenza del valore fisiologico delle singole circonvoluzioni si aveva già dai lavori di Flourens, Hitzig, Fritsch, Munk ed altri, ed Horsley ha dimostrato la possibilità di estirpare i singoli centri che presiedono ai movimenti delle varie parti del corpo.

Nondimeno parecchi autori sono ancora esitanti od addirittura sfavorevoli alla trapanazione nella epilessia. Fra essi debbono menzionarsi Bergmann, Jolly, Eulenburg, Sachs e Gerster, Cosh. Anche Championnière, seguace dell' operazione per se stessa, dice che non bisogna aspettarsene gran che. Dall' altra parte non mancano autori, i quali fanno considerare che in una malattia contro cui, nella maggior parte dei casi, non possiamo far nulla, anche se si ottengano pochi risultati, è sempre un guadagno, ed è in ogni caso giustificato l' intervento chirurgico per quanto pericoloso. Riguardo poi a' pericoli dell'operazione, molti incoraggiati dai risultati della medicatura asettica ed antisettica delle ferite, considerano la trapanazione del cranio come un'operazione innocua. In ultima analisi poi l'impressione che si ricava tenendo sott'occhio tutto ciò che è stato pubblicato sull'argomento nell'ultimo decennio è questa, che la maggior parte degli autori considera giustificata la trapanazione nell' epilessia condizionatamente, nel senso che, tenendo presenti le cause d'insuccesso discusse ampiamente da Braun, è necessaria una scelta accurata dei casi da operare.

Riguardo a quest' ultimo punto, cioè alla distinzione dei casi per cui meglio si presta l' operazione, gli autori non sono di accordo. Mentre alcuni la vorrebbero limitata all' epilessia traumatica jaksoniana, altri la credono indicata in tutti i casi di origine traumatica con convulsioni localizzate o generali, ed altri in tutti i casi di epilessia corticale sia essa prodotta da trauma o no. Pochissimi consigliano la trapanazione nella epilessia generale non traumatica.

Un altro punto controverso è la durata della malattia, giacchè parecchi autori hanno fatto rilevare che si può aspettare un esito favorevole dall' operazione, solo quando essa è intrapresa subito dopo il principio della malattia, e secondo Siven, la probabilità di successo è massima quanto si tratta di giovani che non hanno oltrepassato di molto i 30 anni.

Discussa è pure la scelta della tecnica operativa, ed in primo luogo quella degli strumenti. Mentre i nuovi metodi di Wagner e di Koenig sconsigliano l' uso esclusivo del trapano, vi sono seguaci accaniti di questo strumento e quelli che ascrivono dei pericoli non insignificanti allo scuotimento del cervello causato dallo scalpello e dal martello. In questi ultimi tempi sono state poi proposte seghe circolari o filiformi mosse dall'elettricità, con le loro varie modificazioni. Inoltre alcuni autori hanno attribuito un'azione curativa all'asportazione di parti del cranio, in quanto verrebbe diminuita in questo modo la pressione intracranica. Altri, come Verchère, Pechadre, Championnière, Lloyd, consigliano di riporre in sito il pezzo di osso asportato o qualche cosa che lo sostituisca come ossa di pecora, disco di celluloide, di caoutchouc, di oro, di alluminio ecc.

Come sito per l' operazione alcuni vogliono che si scelga il punto stesso dove ha agito la causa traumatica; altri consigliano lo stesso a condizione che questo punto coincida con quello in cui i sintomi fanno riporre la sede della malattia.

Sulla estensione dell' intervento chirurgico, se cioè debba essere limitato all' osso ed alle meningi od eventualmente esteso al centro donde partono i fenomeni convulsivi, non c'è pieno accordo.

Di fronte a tante controversie appare molto utile uno sguardo collettivo alla letteratura più recente su questo argomento, come è stato fatto ultimamente da Matthiolius, della clinica di Braun in Göttingen. Egli riferisce estesamente in questa memoria 4 casi di recente operati da Braun, e fa seguire i casi di epilessia jaksoniana traumatica pubblicati da altri autori nell'ultimo decennio. Sono in tutto 169 casi. In 30 = 17,8 0[0 l' operazione non ebbe alcuna influenza favorevole sulla malattia. In 9 casi si ebbe miglioramento passeggero (5,3 0[0); in 21 = 12,4 0[0 miglioramento costante. Guarigioni, nel senso che dopo 6 mesi od un anno dall'operazione non si erano verificate più convulsioni, si ebbero in 17 casi, ossia nel 10,1 0[0; guarigioni assicurate al di là di un anno in 12 casi = 7,1 0[0, ed al di là di 3 anni in 10 = 5,9 0[0. In 9 casi l' operazione fu seguita da morte (5,3 0[0). Dimodochè per le trapanazioni eseguite nell' ultimo decennio in casi di epilessia parziale traumatica abbiamo il 23 0[0 di guarigioni nel senso più ampio della parola, 17,8 0[0 di miglioramenti, ossia il 40,8 0[0 di successi favorevoli, a cui si contrappone il 59,2 0[0 di insuccessi.

Fra questi 169 casi in 23 venne estirpato, seguendo il metodo di Horsley il centro donde partivano i fenomeni convulsivi. Considerando il successo ottenuto in questi soli casi, si può dire che si ebbero 7 guarigioni, osservate in due casi rispettivamente al di là di 3 anni e di 1 anno, ed in 3 al di là di 6 mesi (30,4 0[0); inoltre 3 miglioramenti (13 0[0); in tutto perciò il 43,4 0[0 di risultati favorevoli. In 5 casi (21,7 0[0) nessun risultato ed in 8 = 34,7 0[0 risultato favorevole passeggero, ossia 56,5 0[0 di insuccessi. Di fronte a questi stanno altri 146 casi in cui si adoperarono altri processi. Fra questi si ebbero 32 guarigioni = 21,9 0[0 e 27 casi di miglioramento = 18,5 0[0, ossia in tutto 40,4 0[0 di risultati favorevoli; non si ebbe alcun risultato in 25 = 17,1 0[0 e 9 casi = 6,2 0[0 furono seguiti da morte, ossia in tutto 87 = 59,6 0[0 di insuccessi. Confrontando queste cifre con quelle sopra indicate ottenute col metodo di Horsley, si può conchiudere che questo non ha realmente vantaggi sugli altri nella cura della epilessia jaksoniana traumatica.

Seguono le statistiche raccolte da Matthiolius per le altre forme di epilessia curata con la trapanazione. Fra 89 casi di epilessia parziale non traumatica si ebbero risultati favorevoli nel 47,2 0[0, a cui debbono aggiungersi 25 casi di morte = 28,1 0[0, con 10 casi di miglioramento (11,2 0[0) e 12 guarigioni (13,5 0[0), di cui 6 osservate al di là di 6 mesi, 6 al di là di un anno. Quindi in questo gruppo troviamo una minore procentuale di risultati positivi, che non nell'epilessia jaksoniana traumatica.

Segue la statistica di 52 casi di epilessia traumatica generale. Le cifre ottenute in questo gruppo sono simili a quelle del gruppo dell' epilessia jaksoniana traumatica. Si ebbe insuccesso in 53,9 0[0 dei casi, miglioramento nel 21,1 0[0, guarigioni nel 19,2 0[0, ossia in tutto risultati positivi nel 40,3 0[0, con soli 3 casi di morte 5,8 0[0.

Rari sono i casi operati di epilessia generale non traumatica, in modo che non si può farne il confronto con i casi dei gruppi precedenti. Si tratta in tutto di 23 casi. I risultati ottenuti sono scarsi: la guarigione è segnata in 2 casi = 8,7 0[0, miglioramento in 4 = 17,4 0[0, morte in 3 casi = 13 0[0. I risultati sono perciò peggiori di quelli della epilessia jaksoniana e generale traumatica.

Paragonando i risultati dell'operazione nelle epilessie traumatiche e nelle non traumatiche, le statistiche, come si è visto, sono più favorevoli alle prime. Lo stesso si rileva dalle cifre raccolte da Siven. Che causa dei risultati sfavorevoli sia la lunga durata della malattia, non si rileva dalle statistiche. Neppure l' età dell' individuo influisce sull' esito dell' operazione. In quasi tutti i casi esistevano criterii abbastanza sicuri per determinare il sito dove bisognava aprire il cranio, quindi non si può attribuire l'esito dei casi sfavorevoli alla cattiva scelta della sede dell' operazione, e neppure potrebbe essere incolpato il metodo operativo e la scelta degli strumenti. La causa della morte in 6 casi fu la meningite, in un caso la setticemia, in 4 casi prolasso del cervello, in altri 4 emorragie, e poi stati di esaurimento, pulmonite ed edema polmonare.

BIBLIOGRAFIA

Gurlt. *Geschichte der Chirurgie*, Bd I. — Heuschen. *Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. medicin. u. Chir.* 1898. — Graf. *Arch. f. klin. Chir.* Bd LVI. — v. Bergmann. *Die chir. Beh. von Hirnkrankh.* 1899. — Jolly. *Charitè-Ann.* 1895. — Eulenburg. *Berl. klin. Woch.* 1895, n. 15, 16. — Sachs e Gerster. *The Amer. journ. of. the med. Sc.* 1892. — Cosh. *ibid.* 1898. — Championnière. *Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris* vol. XVII. — Dumas. *Thèse de Paris*, volume XVII. — Dumas. *Thèse de Paris*, 1899. — Erb. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.* 1892. — Buchanan. *British med. Journ.*, 1891. — Fränkel. *Beiträge zur Chir. Fortschr. gew. Th. Billroth*, 1892. — Unverricht, *Samml. klin. Vortr.* CXCVI. — Krönlein. *Beitr. zur klin. Chir.* 1896. — v. Beck. *ibid.* Bd XII. — Starr. *Brit. med. Journ.* 1897. — Matthiolius. *Deut. Zeitschr. f. Chir.* Bd 52, 1899.

———

LAVORI ORIGINALI

R. Scuola d'ostetricia di Novara

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DEI RIMEDII EMOSTATICI NON ECBOLICI, E TERAPIA DELLE METRORRAGIE IN GRAVIDANZA ED IN SOPRAPARTO.

Prof. L. M. Bossi
Doc. di Ostetr. e Ginec. all'Univ. di Genova
Direttore della Clin. Ostet. di Novara

(*Continuazione e fine*)

III

Antifebbrina (*acetanilide*) Il D.r Harusberger richiamò l'attenzione degli ostetrici sull'effetto calmante ed emostatico per l'utero della antifebbrina, e lo proclamava un rimedio utilissimo contro gli aborti. Clinicamente volli intraprendere delle esperienze su tale sostanza ed i risultati che ne ebbi mi autorizzano a porre l'antifebbrina nella categoria degli emostatici uterini non ecbolici.

Esperienze cliniche onde escludere l'azione ecbolica dell'antifebbrina.

L'antifebbrina venne somministrata in dosi di 50 centgr. a gestanti in condizioni fisiologiche come dai dati presenti può apparire:

1. Primipara, 22 anni, servente. Gravida nella 2. quindicina del 9. mese, 9-1-99 si somministra 50 centgr. di antifebbrina, 10-1-99 si somministra 100 centgr. in 2 cartine, 11-1-99 si somministra 150 centigrammi in 3 cartine, 12-1-99 idem, 13-1-99 idem, 14-1-99 idem, nessuna contrazione uterina, la gravidanza va a termine e viene alla luce un feto del peso di 2920 gr.

2. Primipara, 18 anni, contadina. Gravida nella 1. quindicina del 9. mese, 9-1-99 si somministra 50 centgr. di antifebbrina in 1 cart., 10-1-99 si somministra 100 centgr. di antifebbrina in 2 cart.. 11-1-99 si somministra 150 centg. di antifebbrina in 3 cartine, 12-1-99 idem, 13-1-99 idem, 14-1-99 idem, nessuna contrazione dell'utero, la gravidanza prosiegue a termine e viene alla luce un feto del peso di gr. 3150.

3. Primipara, 22 anni, filatrice. Gravida in principio del 9. mese, 9-1-99 si somministra 50 centg. di antifebbrina in 1 cartina, 10-1-99 si somministra 100 centgr. di antifebbrina in 2 cartine, 11-1-99 si somministra 150 centg. di antifebbrina in 3 cartine, 12-1-99 idem, 13-1-99 partorisce, nessun effetto sulle contrazioni uterine; si avvera il parto a termine di un feto del peso di grammi 1970.

4. Terzipara, 28 anni, contadina. Gravida nella 2. quindicina del 9. mese, 9-1-99 si somministra 50 centg. di antifebbrina in 1 cartina, 10-1-99 si somministra 100 centg. di antifebbrina in 2 cartine, 11-1-99 si somministra 150 centg. di antifebbrina in 3 cartine, 12-1-99 si somministra 150 centg. di antifebbrina in 3 cartine, nessun effetto sulle contrazioni, partorisce il 12 dello stesso mese a termine spontaneamente, un feto del peso di 4060 grammi.

Esperienze cliniche onde constatare l'azione emostatica uterina dall'antifebbrina.

Per brevità e maggior chiarezza esporrò pure in una breve tavola tali esperienze.

Num. dei casi	Indicazione	Media delle dosi di 50 centg. somministrate nelle 24 ore	Media dei giorni di trattamento	Esiti
10	Minaccie per aborto	3	3	7 esiti felici, 3 incerti.
4	Metrorragie in sopraparto	2	1	2 di sicuro effetto, 2 incerti.
5	Metrorragie durante il secondamento	2	1	3 di sicuro effetto, 2 incerti.

Possiamo quindi ripetere per la *antifebbrina* quanto dissi per la stipticina.

L'efficacia sua antiemostatica è certa, sebbene debbasi forse ritenere inferiore a quella dell'hydrastis ed anco della stipticina stessa.

La dose a somministrarsi è di 50 centg. per volta giungendo anco, in casi gravi, a 4 dosi nelle 24 ore.

Utile sarà particolarmente nelle miscele minaccianti aborto.

IV

Utili associazioni di sostanze emostatiche dell'utero non ecboliche e di rimedi calmanti dell'utero.

Come nella prima parte di questa memoria ebbi già ad esporre, è noto nel campo clinico e terapeutico come si imponga la necessità di avere sempre a disposizione, ove sia possibile, dei *succedanei* di qualsiasi sostanza da somministrarsi o soli in sostituzione di un rimedio fondamentale, o associati ad altri aventi la stessa azione.

Può infine accadere:

1. Che i fenomeni pei quali si prescrive un dato rimedio (nel caso attuale la metrorragia in gravidanza o nel sopraparto) si prolunghino di tanto, che insistendo a lungo con lo stesso rimedio se ne possano avere disturbi intestinali notevoli ed anche sintomi di avvelenamento.

2. Che un rimedio che abitualmente dà felici risultati non venga sopportato dall'organismo per idiosincrasia a quel rimedio.

3. Che, come succede ad es. talora anche del mercurio per la sifilide, del salicilato di soda per il reumatismo articolare acuto, del chinino per la febbre malarica, un dato rimedio emostatico dell'utero per circostanze, che sfuggono alle nostre indagini, in dati casi non agisca.

4. Che l'organismo ne sopporti solo limitate dosi, necessitando poi ricorrere ad altri rimedi.

5. Che la preparazione di un dato rimedio sia difettosa.

Date tutte tali circostanze le quali è noto come si avverano ad ogni pie' sospinto, e considerate le condizioni tutt'affatto speciali riferentesi alle metrorragie in gravidanza od in sopraparto, mi sono chiesto, seguendo in ciò molti esempi precedenti, se particolarmente nei casi nostri in discussione non si imponeva l' uso di miscele dei varii rimedii onde non perdere invano un tempo prezioso.

Sebbene per principio nemico della polifarmacia ho dovuto convincermi coll' esperienza clinica, che nelle metrorragie ostetriche è opportuno ed utile l'associazione dei rimedii.

Ed invero una differenza essenziale esiste fra queste complicanze e le comuni forme morbose ed è che le metrorragie ostetriche hanno per carattere sempre l'urgenza dell'intervento efficace.

É infatti inutile il dimostrare che se in una paziente, che ha perdite di sangue durante la gestazione, perdiamo anco solo 24 ore somministrando un rimedio che in quel dato caso poi si rivela insufficiente, possiamo perdere l' opportunità di evitare l' interruzione della gravidanza.

Che se lungo il sopraparto sopraggiunge metrorragia, anche solo alcune ore perdute inutilmente sperimentando una sostanza che in quella paziente per una qualsiasi delle accennate circostanze non è abbastanza efficace, vedremo aggravarsi il pericolo per la madre e pel feto perdendo un tempo preziosissimo.

Ed un altra considerazione conviene aggiungere. Per quanto le varie sostanze a cui andai accennando abbiano sopratutto un effetto emostatico senza riuscire ecboliche, è però da ammettersi che ciascuna di esse possa agire con modalità ed a condizioni anche non completamente eguali, mettendo anche ciascuno in campo speciali proprietà, che sfuggono finora alle nostre indagini.

E' quindi razionale il pensare che se associamo tali varii elementi potremo utilmente ottenere la somma di detti effetti, allo stesso modo, che talora si dà la preferenza alla segala cornuta, alla digitale in infuso ecc. invece che ai principii attivi di dette sostanze onde trar profitto di tutte le proprietà di esse.

Sorretto così da considerazioni aventi tutte una base positiva nella dimostrazione clinica e sperimentale, mi proposi di trovare le forme di miscele più efficaci, nonchè le dosi e le peculiari indicazioni della loro somministrazione.

A tale uopo e per procedere sempre con criteri sicuri e fondati, suddivisi in due categorie le metrorragie ostetriche avanti il puerperio, per rapporto cioè all'opportunità o meno di agire anche sulle contrazioni del muscolo uterino per arrestarle.

Risultò così:

1° un gruppo che comprende le metrorragie durante la gravidanza quando l' interruzione di questa è a ritenersi ancora evitabile.

2° un gruppo che comprende:

a) le metrorragie in gravidanza quando l'interruzione di questa è a giudicarsi inevitabile.

b) le metrorragie in sopraparto e durante il secondamento.

I° Nei casi di metrorragie in gravidanza in cui l'interruzione di questa è ancora evitabile riesce evidente il pensare che entrano in campo a sostenere la perdita sanguigna, oltrechè la rottura dei vasi, le contrazioni uterine le quali man mano aumentano le lacerazioni vasali col provocare un maggior distacco dell'ovulo.

Ovvio è dunqne che in tali casi conviene agire in duplice modo, provocando cioè retrazione dei vasi, e arrestando le contrazioni.

Otterremo la prima azione colle sostanze emostatiche non ecboliche, otterremo la seconda colle sostanze calmanti del muscolo uterino.

Numerose esperienze cliniche io ebbi occasione di fare al riguardo, e per essere breve

sogggiungerò senz'altro, che la miscela da cui ottenni i migliori risultati è la seguente:

Estr. fluido d'*hydrastis canadensis* }
Estr. fluido di *hamamelis virginica* } ana gr. 10
Tintura di *piscidia eritrina* }
Estr. fluid. di *viburnum prunifolium* }
Laudano liquido del Sydenam . gr. 2
da fare miscela.

Di tale miscela se ne somministreranno non meno di novanta goccie per volta in mezzo bicchiere d'acqua, e tale dose si potrà ripeterla, necessitando, anche tre volte nelle 24 ore.

Contemporaneamente in parecchi casi somministrai un tabloide di 5 centg. di stipticina, e me ne trovai soddisfatto tantochè ritengo sia utile, quando sia urgente agire con molta efficacia fare tale associazione.

In qualche caso poi in cui da tali sostanze non ebbi risultati sufficienti intervenni anche con 50 centigr. di antifebbrina somministrata isolatamente.

Non esito frattanto a dichiarare, in base a quanto mi fu dato osservare clinicamente, che nella maggior parte dei casi di perdita di sangue in gravidanza e minaccia d'interruzione di questa, col riposo assoluto, con applicazioni continuate di ghiaccio sull'addome, e colle prescrizioni terapeutiche succennate, si può riuscire ad arrestare la perdita e ad ottenere la continuazione della gestazione.

Certo è che non devesi mai fare abuso di sostanze medicamentose, epperciò il sanitario regolerà la somministrazione di detta miscela in relazione così alle contrazioni uterine, che alla metrorragia.

Per rapporto al

II. gruppo e cioè ai casi di metrorragie in gravidanza quando l'interruzione di questa è a giudicarsi inevitabile, ed ai casi di metrorragie in sopraparto e durante il secondamento al clinico interessa non già di diminuire le contrazioni ma di aumentarle senza però sollevare tetania, e nel contempo di provvedere all'emostasi.

Come già esponemmo le sostanze ecboliche sono quì da ripudiarsi, e dobbiamo quindi ricorrere ai mezzi emostatici, che non provocano tale fenomeno, escludendo quindi la segala ed i suoi derivati.

Certo è che in queste contingenze quando è possibile, e, se in gravidanza o sopraparto, le membrane sono integre, il primo è più importante nostro intervento sarà il tamponamento.

Accade però che:

o la metrorragia non è di tale entità da richiederlo;

o le membrane sono rotte;

o l'effetto suo è insufficiente;

o per altre circostanze non è opportuno praticarlo.

Sia in tali casi, sia quando convenga — come il più delle volte accade — mettere in campo un' azione di effetto maggiore, e quindi aggiungere al tamponamento altri mezzi di cui l'arte dispone, utili riusciranno le seguenti prescrizioni.

Estr. fluido d'*hydrastis canadensis* } ana gr. 10
Estr. fluido di *hamamelis virginica* }
mesci e dà in boccetta contagoccie.

Della quale miscela se ne potranno dare 100 goccie per dose in mezzo bicchiere d'acqua giungendo anche — ove necessiti — a tre dosi nelle 24 ore (300 goccie).

E se non fosse sufficiente l'effetto potremmo successivamente nel contempo dare un tabloide di stipticina, e se questa pure non basta, 50 centg. di antifebbrina.

Utile è pure la miscela:

Estr. fluido d'*hydrastis canadensis* } ana gr. 10
Estr. fluido d'*hamamelis virginica* }
Stipticina. . . . . centgr. 30
mescolare e dare in boccetta contagoccie.

Pure di tale miscela se ne potranno somministrare 100 gocce per dose, giungendo ove occorra, a tre dosi nelle 24 ore.

Senz'oltre dilungarmi ripeterò anche qui in base alle prove cliniche mie, che con tale terapia sia sola, sia, sempre quando convenga, associata al tamponamento, si ottengono risultati soventi insperati.

Che se urge rafforzare le contrazioni uterine sempre senza esporci al pericolo di tetania dell' utero, io insisto tutt'ora perché non si dimentichi nè lo zucchero nè il chinino, sia isolati, sia anche contemporaneamente somministrati.

Richiamo al riguardo le memorie già da me pubblicate, ed in ogni modo dirò sommariamente che:

Lo zucchero lo somministreremo in dose di 50-150-200 grammi sciolto in 150-200-500 grammi d'acqua da bere a sorsi come una bevanda qualsiasi, approfittando della sete che abitual-

mente sopravviene nelle pazienti in tali contingenze.

Conoscendosi l'innocuità sotto tutti i rapporti di questa sostanza il sanitario potrà senza preoccupazione abbondare o meno nell'uso di essa.

Il chinino in forma di bisolfato di chinino lo prescriveremo nella dose di 10 cg. da somministrare ogni ora.

Non essendovi incompatibilità di sorta fra tali due rimedi, con entrambi mirando allo stesso scopo, nulla ci impedirà di dare contemporaneamente e l'uno e l'altro.

V.

Conclusioni

1° Nella pratica ostetrica persiste, specialmente per opera delle levatrici l'abuso della segala cornuta, che è ormai precetto non doversi somministrare finchè l'utero non sia vuoto; tale abuso è causato in particolare modo dalla poca conoscenza e dal difficoltato uso delle sostanze emostatiche dell'utero non aventi azione ecbolica.

2° Necessita dotare la pratica ostetrica del maggior numero possibile di rimedi emostatici non ecbolici da somministrarsi durante la gravidanza e durante il sopraparto, ed estenderne l'uso in dati limiti e sotto speciali garanzie anche alle levatrici, allo stesso modo che si permette la segala cornuta la quale offre certamente maggiori pericoli.

3° All'*hydrastis canadensis* ed all'*hamamelis virginica* possiamo in oggi utilmente aggiungere la *stipticina* e l'*antifebbrina* quali sostanze aventi effetto emostatico e non ecbolico.

La *stipticina* nelle esperienze fatte sugli animali si mostrò meno tossica dell'estratto fluido di *hydrastis canadensis* e nelle gestanti non provocò disturbi degni di nota.

Inoltre così negli animali (cagne e coniglie gravide) che nelle donne, non dimostrò alcuna azione ecbolica avendo anzi un'azione calmante.

5° L'*antifebbrina* nelle esperienze cliniche si dimostrò emostatica dell'utero agendo specialmente come calmante delle contrazioni.

6° Per quanto l'azione emostatica sull'utero spiegata dalla *stipticina* e dall'*antifebbrina* non sia superiore a quella dell'*hydrastis canadensis*, questi rimedii però riusciranno utilissimi nella pratica sia per alternarsi all'*hydrastis canadensis* ed all'*hamamelis virginica*, sia per sostituirle a questi medicamenti.

7° Suddividendosi razionalmente le metrorragie ostetriche della gravidanza e del sopraparto in metrorragie in gravidanza con probabilità di evitare l'interruzione di questa, ed in metrorragie in sopraparto in atto o in gravidanza di cui l'interruzione è inevitabile potremo utilmente somministrare:

a) nel primo gruppo miscele di sostanze emostatiche non ecboliche (*hydrastis*, *hamamelis*, *stipticina*) con sostanze calmanti dell'utero (*viburnum*, *piscidia*, oppiacei) nonchè antifebbrina (vedi formola nel testo).

b) nel secondo gruppo miscele di *hydrastis*, *hamamelis*, *stipticina*, ricorrendo nel contempo, ove occorra, pure all'azione dello zucchero e del chinino (vedi formola nel testo).

L'uso di dette miscele di rimedii è autorizzato dalla considerazione, che in ostetricia le emorragie presentano dal più al meno sempre l'urgenza d'un intervento efficace.

BIBLIOGRAFIA

Slavatinsky. *Meditz Obozv*, n. 16, pag. 346, 1884.—Schatz di Rostoch, Rurz, Mudes. *Schmidt's Jahrbucher*, C. C. p. 44, Memorabilien XXIX, 3, d. 271. *Arch. f. Gynec.* Band XXVI, steft. I. Pellacani, Sopra alcune proprietà fisiologiche e terapeutiche dell'Idrastina, *Bollettino dell'Accademia Medica di Genova*, Num. 2, 3, 1886.—L. Fellner, *Med. Centralbl.*, pag. 417, 1884.—Bossi. La Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Genova nel 1890. Tipografia Sordo-Muti, Genova 1890.—L'Hydrastis canadensis in ostetricia, *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino 1891.—Daj Stypticin Therep. Mon., Dec. 1895. — Gaertig, Stypticin etc. stesso giornale, febbr. 1896.—M. Nossauer, *Therap. Woch. di Vienna*, n. 32, 33. Rousse e Wolton, *Belgique Med.* n. 20, 1898. —Sull'azione fisiologica e tossicologica della Stipticina pel dottor L. Paoletti, *Corr. San.* 31 luglio 1898.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIERE DI PARIGI

Prof. Raymond.

1. ***Malattia del sonno.*** — La malattia di cui si lamenta questa giovane di 17 anni è quella di non poter lavorare, poichè ella dorme quasi sempre. Quando ha mangiato prova il bisogno di dormire quasi tre ore, ciò che fa sei ore per giorno da aggiungere alle dodici della notte. Questo sonno si esagera singolarmente quando ha delle noie, delle emozioni, questo sonno, che esiste da tre anni, è stato preceduto da un periodo in cui ella rifiutava di mangiare, ed è dopo che si è rimessa a mangiare che dorme di più. Ma in realtà fu sempre una dormigliona. Bambina, essa fu sonnolente, mai una squilibrata, poichè si esprime benissimo, descrive la sua malattia, comprende. All'infuori di

questo fenomeno, la sua salute generale è buona; in essa non esistono grandi segni neuropatici. Si tratta in lei della malattia del sonno, malattia misteriosa come il sonno normale. Il sonno è variabile secondo gli individui; varia nella sua profondità, nel modo di cominciare e di finire e specie nella durata. Vi son degli uomini che dormono poco ed altri che dormono molto. Come si spiegano queste varietà, poichè non sappiamo quale sia il bisogno fisico a cui risponde il sonno?

Ordinariamente le nevrosi diminuiscono il sonno. Charcot e Bourneville hanno veduto che le isteriche dormono poco o male. Avviene lo stesso per i neurastenici, per gli ossessi, per i melanconici, per la maggior parte degli alienati. Si potrebbe quasi dire che il ritorno del sonno profondo e lungo in un alienato che continua a delirare, è un cattivo segno come il ritorno del benessere. È un segno di tendenza alla cronicità, di passaggio alla demenza. Si è disposti a credere che l' insonnio sia in rapporto con le nevrosi, con il difetto di attenzione, con l' abulia, con l'anestesia. Non bisogna esagerar le cose, poichè si incontrerebbero difficoltà nello spiegare i casi inversi, quelli in cui la nevrosi si accompagna ad esagerazione del sonno.

In certi casi si può supporre che il sonno apparente non sia un vero sonno, che sia una specie di crisi di sogno, di delirio ossessionante; si costatano, infatti, tutti i gradi dal sonno con immobilità e sogno che non sono apparenti se non per processi indiretti, al sonno con cicallo, al sonno con sogno in azione, al sonno vissuto dopo il sogno parlato, al sonnambulismo vero, ecc.

Ma vi sono dei casi più difficili in cui il sonno pare esagerato, pur restando normale.

Una malata, esaminata recentemente dal Raymond, dormiva costantemente fin dalla sua prima infanzia; nei primi 10-12 anni si trattava di semplice sonno; la notte le occorrevano 12-14 ore di seguito di sonno profondissimo; il giorno dormiva 5-6 ore. Comparse le mestruazioni i suoi sonni erano accompagnati da sonnambulismo; i contadini la interrogavano durante i suoi sonni e lei assumeva l' ufficio di un medico di campagna guarendo le malattie, invocando Santa Radegonda. Essa è stata un po' di tempo nelle sale, e dava, dormendo, delle consultazioni a tutte le malate, ed era divenuta furiosa perchè non si eseguivano le sue prescrizioni. Vi sono degli stati morbosi, all'infuori degli stati nervosi, in cui si riscontra il bisogno anormale del sonno.

Esistono dei gottosi obesi che si addormentano malgrado la propria volontà; il Raymond cita il caso di un uomo che all' apprendere una triste nuova si addormentò per sette od otto mesi.

Nei diabetici, negli auto-intossicati, si riscontrano dei bisogni invincibili di sonno. Ma in fin dei conti si hanno ancora poche nozioni e vaghe sul sonno normale e patologico.

2. *Mioclonia.* — Quest' uomo di 39 anni, tipografo, sofferse nel 1889 il tifo addominale. Mai ha avuto colica saturnina od altri accidenti dovuti al saturnismo. Da quattro mesi egli ha un tremore del lato sinistro. Ordinandogli, difatti, di sollevare la gamba sinistra, tutti i muscoli antero-interni entrano in contrazione; nei muscoli del polpaccio si notano delle contrazioni fascicolari, brevi, rapide, istantanee, che cessano quando i due piedi sono a terra; ma è impossibile però far mantenere al malato la stazione eretta su di un piede. La forza muscolare è integra. I muscoli della coscia sinistra presentano gli stessi fenomeni: contrazioni brevi, rapide, con ascensione della rotula. I riflessi sono forti; la contrazione idio-muscolare accentuata. Non esistono disturbi sensitivi e trofici. Con la volontà il malato arriva a sospendere per un istante i movimenti dei suoi muscoli. Si tratta in lui di quella affezione che il Friedreich ha descritto nel 1881 sotto il nome di *paramioclono multiplo*. Questa malattia consisterebbe essenzialmente in scosse convulsive cloniche, che, nel malato di Friedreich, agitavano un certo numero di muscoli simmetrici degli arti, senza partecipazione alcuna di quelli della faccia; la loro frequenza variava da 10-50 al minuto; talora la loro successione era talmente rapida che ne risultava una specie di tetanismo del muscolo agitato. Il loro ritmo era irregolare, raramente esse producevano lo spostamento di un segmento di arto; cessavano durante il sonno. I movimenti volontari moderavano questa agitazione; invece le emozioni morali, certe attitudini producenti il rilasciamento dei muscoli affetti, le eccitazioni cutanee, l'impressione del freddo, la compressione dei muscoli, svegliavano ed esageravano le scosse. La forza muscolare, l' eccitabilità elettrica dei nervi, la sensibilità erano normali; solo la riflettività della pelle e dei muscoli era esagerata.

L'affezione s'era sviluppata, in apparenza dietro uno spavento; dopo alcuni anni le scosse cloniche si verificavano in certi giorni. Il Friedreich ebbe il torto di credere che l' affezione fosse una nevrosi autonoma. Essa non è, invece, se non una sindrome. Infatti, nelle numerose osservazioni pubblicate, si può vedere che il tipo clinico, descritto dal Freidreich, era raramente realizzato in tutta la sua purezza. Si mise in parallelo il paramioclono multiplo con la corea elettrica d' Hènoch-Bergeron, caratterizzata da una specie di scosse convulsive di certi muscoli finienti ad un movimento espressivo e reprimibili in una certa misura con la contrazione volontaria dei muscoli affetti. Si mise in parallelo il paramioclono con il tic non doloroso della façcia del Trousseau, con la malattia dei tics di Gilles de la Tourette e Guinon. Questo parallelo è stato fatto da due punti di vista. Per alcuni il paramioclono è uno stato patologico autonomo da cui bisogna distrarre i casi che non realizzano i caratteri essenziali fissati dalla

descrizione di Friedreich; questa è l'opinione di Unverricht. Per altri autori (Ricklin) vi ha un legame di filiazione tra il paramioclono di Friedreich, la corea elettrica, il tic doloroso della faccia, la malattia dei tics. Questi differenti stati sono delle espressioni dissimili, ma comuni, di una stessa tara neuropatica. Il Raymond pensa che il paramioclono multiplo del Friedreich non è che uno degli anelli di una catena di stati patologici che si possono ricondurre sotto il titolo di mioclonia. Gli anelli di questa catena sono il tremore fibrillare, il paramioclono di Friedreich al quale si collega la corea fibrillare di Morvan, la corea elettrica di Hènoch-Bergeron, i tics dolorosi della faccia, la malattia dei tics. Tutti questi stati mioclonici hanno il carattere comune d'essere delle espressioni dello stato di degenerazione. Se il paramioclono è caratterizzato da contrazioni brusche, involontarie, incoordinate, eccezionali, cessanti nel sonno, non spostanti gli arti, esso non può confarsi con il tremore consistente in oscillazioni ritmiche, nè con i movimenti di atetosi che sono dei movimenti continui delle dita del piede o della mano, lenti e monotoni. Non si confonderà la mioclonia con le coree isteriche, con la corea del Sydenham. I disturbi motorii in questi stati coreici consistono in contrazioni muscolari di grandissima ampiezza, producenti spostamento di arti. Si hanno delle conoscenze vaghissime sulla patogenesi delle mioclonie. Queste non sono affezioni miopatiche, nè nevritiche. Si è detto che esse erano sotto la dipendenza di alterazioni spinali. Il Raymond ammette volentieri la teoria che assegna alle mioclonie un' origine corticale o sotto-corticale. Egli si appoggia sul fatto che le facoltà intellettuali dei mioclonici sono raramente normali, sull'influenza delle cause morali, sul ritorno od esagerazione degli spasmi mioclonici, sul fatto che la mioclonia è stata osservata in modo familiare e congenito, associata ad accessi di epilessia di origine corticale indiscutibile. Non vi ha cura del paramioclono o delle mioclonie. La cura psichica, la cura morale, sono i migliori mezzi.

È inutile dare a questi malati numerosi medicamenti, è inutile intossicarli con gli alcaloidi, che restano senza effetto su questa affezione.

3. ***Malattia di Parkinson senza tremore.***—Questo malato di 49 anni dice che tre anni addietro ebbe dolori nella spalla destra: questa è la prima fase della malattia. Poi provò della difficoltà nel cammino; i movimenti divennero difficili. La sua maschera è immobile; nell' insieme del suo corpo è come fissato, ha l'attitudine saldata. Quando gli si dice di camminare, gli occorre un po' di tempo pria di porsi in cammino; se gli si fanno distendere le braccia, lo fa con lentezza con una serie di scosse. Tutti i suoi muscoli sono rigidi, contratturati. La forza muscolare è integra, la sensibilità conservata, i riflessi normali. Questo malato, ha spesso una vera antipulsione; per contro non ha retropulsione, non salivazione eccessiva, non calore esagerato. La diagnosi è evidente: si tratta della malattia di Parkinson senza tremore. L'inizio della malattia come in questo caso è raro; ma esso si presenta qualche volta. Non si conosce terapia specifica del morbo di Parkinson; non si fa che combattere in qualche modo i sintomi con la joscina, ecc.

4. ***Meningo-encefalite diffusa.***—Questo malato presenta un movimento di masticazione incessante da quattro mesi. A questo fenomeno si aggiungono un tremore delle mani, delle contrazioni fibrillari della lingua, un'ineguaglianza pupillare, il segno di Argyll-Robertson. Il carattere di quest'uomo è mutato da parecchi mesi; è divenuto irascibile, la sua intelligenza, la sua memoria si sono abbassate. Ecco un insieme di sintomi, che permette di diagnosticare una meningo-encefalite diffusa, e tale diagnosi è giustificata ancora dal fatto che quest'uomo ha avuto la sifilide. I movimenti di masticazione, simili a quelli di quest' osservazione, possono essere il primo sintoma della paralisi generale progressiva.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Seduta del 24 giugno 1899

Bezançon e Griffon. **Coltura su un sangue gelosato di liquido raccolto colla puntura lombare nella meningite tubercolare.** — Facendo degli innesti, in sangue gelosato, di liquido cefalo-rachidiano raccolto colla puntura lombare in un caso di meningite tubercolare, hanno ottenuto delle culture di bacillo di Koch, dopo quattro settimane di stufa a 39°. Per le ricerche cliniche del bacillo della tubercolosi nei versamenti, volendo ottenere le culture su sangue gelosato, è ottimo procedimento quello di servirsi di piccole bocce di Erlenmeyer, al fondo delle quali si pone la miscela di sangue di coniglio e di gelosio glicerinato.

Thiercelin. **Morfologia e modi di riproduzione dell'enterococco.** — Ha isolato dall'intestino dell' uomo sano un diplococco, di cui ha già mostrato le proprietà patogene. Nelle culture questo microbo è polimorfo. La forma più frequente è la forma diplococcica o streptococcica, ma si può andare dalle semplici forme cocciche isolate sino alle forme bacillari. L'enterococco si riproduce nelle culture e nei mezzi organici, sia per scissione che per spore.

Charrin. **Febbre tifoide e prole.** — Ha osservato dodici casi di febbre tifoide in donne gravide pressochè a termine, e che hanno partorito, dopo il primo settenario della malattia. I neonati in questi

casi offrono delle modificazioni anatomiche e chimiche interessanti a segnalarsi. Questa influenza della malattia della madre si fa sentire sin dal principio, e anche in seguito durante l'allevamento. Uno di questi lattanti ha dimagrito di 102 grammi in ventiquattro ore; il latte agglutinava nettamente, mentre che gli umori del neonato erano senza azione.

Hénocque. **Rapporti tra apnea e durata della riduzione dell'ossiemoglobina.**—Dallo esame di una donna ha potuto rilevare come la durata dell' apnea sia in rapporto colla durata della riduzione dell'ossiemoglobina. Allorquando l' apnea è preceduta da larghe inspirazioni, la durata dell' apnea è maggiore che quando la respirazione si arresta bruscamento o dopo una espirazione prolungata.

Hallion e Laran. **Tossicità del metavanadato di soda.**—È un composto instabile, nè può essere ottenuto allo stato puro. Non si hanno mai dei campioni di metavanadato rigorosamente identici; inoltre è praticamente impossibile di dosare il vanadio in questi campioni. Secondo gli oratori, per le esperienze biologiche e terapeutiche, bisognerebbe partire da soluzioni titolate di acido vanadico che si può ottenere allo stato puro e che è facile di dosare esattamente colla semplice evaporazione.

Baradier e Frenkel. **Azione dell'estratto capsulare sulla diuresi e sulla circolazione renale.**— Hanno *osservato* che la vaso-costrizione renale provocata colla iniezione intravenosa di estratto capsulare, segnalata da Oliveri e Schäfer, è seguita da una seconda fase di vaso-dilatazione più lunga di quella, benchè meno intensa. La secrezione urinaria si accelera per quel tempo che dura la vasodilatazione.

Mongour e Buard. **Sulla agglutinazione del bacillo tubercolare.**—Tale fenomeno, segnalato da Arloing e Courmont è tanto più netto quanto più il soggetto è resistente e lungi dallo stato cachettico. Per apprezzare il valore della siero-diagnosi della tubercolosi è preferibile di non tener conto dei risultati ottenuti sei ore dopo il miscuglio del liquido organico da provare colla cultura.

Frauin. **Tossicità del sesquicloruro di fosforo.** — Ha studiato la tossicità di questo prodotto non facendolo ingerire agli animali, ma facendolo inalare. Risulta da queste esperienze che il sesquicloruro di fosforo è meno tossico del fosforo bianco, ma però per ingestione, poichè ciò non è per inalazione. La manipolazione e la utilizzazione industriale constituisce una operazione insalubre, poichè i vapori prodotti da questo corpo riscaldato a 25° o 45°, sono più tossici per i topi, dei vapori di fosforo bianco.

Lebreton. **Opoterapia coi corpi gialli ovarici.**—Per consiglio di Duval ha esperimentato non con tutta la ghiandola ovarica, ma coi corpi gialli, e ha ottenuto dei risultati apprezzabili nel trattamento del vomito incoercibile delle gravide.

Danich. **Sulle alessine.**—Ha potuto mostrare simultaneamente o successivamente nel siero sanguigno di animali, un certo numero di alessine, segnalate da Büchner, come la lesina, la coagulina e l'agglutina.

Carrière. **Ossidasi indirette nei tessuti erniarii.** — Invia una nota segnalante la presenza di ossidasi indirette nei tessuti dell'organismo umano.

Egger. **Disturbi respiratorii nella tabe.**—Ha osservato un tabetico che non respirava che cinque o sei volte in un minuto. Egli era affetto da anestesia profonda, muscolare e articolare marcatissima, questi disturbi respiratori potrebbero dipendere da mancanza di reazione da parte dei muscoli, per insufficienza dell' ossidazione muscolare medesima.

Movimento biologico universale

1. Zanotti riferisce un caso di « **amaurosi ed ambliopia da chinina** » consecutivo all' assorbimento interno di 12 grammi di solfato di chinina. Egli ravvicina questo caso a quello di una giovinetta affetta da corio-retinite palustre, in cui la somministrazione di 75 centigrammi di chinina era, qualche volta, seguita da indebolimento visivo e da restringimento del calibro dei vasi retinici. In questi casi l' azione della chinina non si esercita direttamente sugli elementi nervosi, ma agendo sulle pareti vasali essa produce l'ischemia della retina. (*Société francaise d' ophtalmologie*, sessione del 1899).

2. Trantas riferisce « **alcuni casi di emeralopia essenziale guarita coll'opoterapia epatica** ». In un caso di un itterico, l'ingestione del fegato di montone ha guarito l'emeralopia con grande rapidità, malgrado la persistenza dell'ittero. Dieci casi di emeralopia essenziale sono stati così curati con successo. (*Société francaise d'ophtalmologie*, sessione del 1899).

3. De Wecker si occupa della « **fase che attraversa attualmente la cura dello scollamento retinico** » Egli fa ricorso alle iniezioni sottocongiuntivali di soluzioni di solfato di soda e di gelatina. Queste iniezioni sono affatto innocue, favoriscono le guarigioni spontanee ed in nessun caso possono aggravare lo stato dell'infermo. Nella cura dello scollamento retinico, bisogna, da un canto, non nuocere con un intervento inopportuno e dall' altro, non esporre gl' infermi a sacrifizii sproporzionati col risultato terapeutico. (*Société francaise d'ophtalmologie*, sessione del 1899).

4. Kopff riferisce « **un caso di guarigione spontanea di scollamento retinico** ». L' ammalato di 59 anni, esaminato nel 1896, presentava

uno scollamento retinico estesissimo, esisteva una miopia di 13 D e l'ammalato con la lente correttrice contava le dita sola a 30 cm. Fu sottomesso a varie cure mediche, ma senza alcun vantaggio. Nel 1898 si costata all'oftalmoscopio che la retina scollata si è riapplicata per tutta la sua estensione, ma non ha ricuperata la sua funzione. (*Société française d'ophtalmologie*, sessione 1899).

5. Ullmann, si occupa « **della perforazione della vescicola biliare nel cavo peritoneale** ». Sono varii oggidì i casi di perforazione della cistifellea nel peritoneo; quando la medesima è molto infiammata e distesa per la presenza di calcoli. Se in un individuo che precedentemente ha sofferto di coliche biliari, improvvisamente insorgono dei sintomi peritoneali, è un segno sicuro di rottura della cistifellea. L'intervento chirurgico immediato può salvare la vita di un infermo, senza del quale è condannato a sicura morte (*Wiener medicinische Wochenschrift* n. 26, 24 giugno 1897).

6. Lerébouillet presenta un caso di « **cancro esofageo con nuclei secondari nel fegato e nei gangli** ». Nel tumore primitivo esofageo ed in quelli epatici si riscontrava un aspetto che a prima vista somigliava alla struttura del sarcoma globo-cellulare. Però a più forte ingrandimento si costatava che gli elementi erano epiteliali. (*Société anatomique*, 2 giugno 1899).

7. Bacaloglu presenta in caso di « **stenosi cancerosa del piloro con tetania** ». Lo stomaco era estremamente dilatato ed ipertrofico. A livello del piloro esisteva un tumore della grossezza di una castagna, dura, a margini callosi. Nessun nucleo di generalizzazione nel fegato o nei gangli. Istologicamente si trattava di un epitelioma tipico. Parecchi giorni pria della morte il malato presentò degli accessi di tetania generalizzata, provocati sovratutto dall'ingestione di alimenti. C'era prima rigidità nucale, contrattura dei quattro arti e convulsioni leggere nei muscoli della faccia. (*Société anatomique*, 26 maggio 1899).

8. Delanglade, riferisce un caso di « **imperforazione ano-rettale** », trattata in primo tempo collo strumento cieco che in questi casi è il trequarti, per cui si ebbero di nuovo fatti di occlusione intestinali, tanto che al 50° giorno dalla nascita fu portato dal Delanglade, che subito gli fece l'operazione dell'ano contro natura, quantunque le condizioni generali fossero gravi. L'ammalato guarì. In questi casi, accortosi dopo qualche giorno dalla nascita, della imperforazione anale non si ricorra mai al trequarti, ma si faccia una incisione perineale metodica e si vada alla ricerca dell'ampolla che si abbassa e si sutura alla pelle. (*Gazzette hebdomadaire de médicine et de chirurgie* n. 47-11 giugno 1899).

9. Lendanner, riferisce un caso di « **distruzione dello sfintere anale per flemmone** ». S'intende come a processo spento si dovette lamentare l'incontinenza delle feci. Allora l'autore pensò ad un processo di plastica servendosi di fibre del muscolo elevatore dell' ano e di fibre del grande gluteo. L'esito fu ottimo, poichè si ebbe la scomparsa della incontinenza. (*Centralblatt fur Chirurgie* n. 25, 24 giugno 1899).

10. Schwartz, in un caso di un' ernia crurale strozzata, stabilì un « **ano crurale consecutivo alla chelotomia od un entero-anastomosi per impianto** ». La circolazione delle materie e dei gas si ristabilì; l' intestino atrofizzato riprese le sue funzioni perchè il malato mangiava bene come prima. (*La Presse médicale*, n. 48, 17 giugno 1899).

TERAPIA CLINICA

L'effetto curativo della demorfinizzazione su altre affezioni all'infuori della morfinomania.

In presenza di un morfinomane, di cui lo stato d'intossicazione esigerebbe di porvi un termine, si può porre la questione se si ha l' opportunità di farlo. È così che nei casi di malattie incurabili come l' atassia per esempio, è inutile praticare la demorfinizzazione, poichè si sarà condotti a riprender l' uso della morfina per calmare i dolori. In altri casi la soluzione del problema non è così facile. Tali sono i casi in cui la morfina é stata somministrata per un'affezione dolorosa, organica, o funzionale (crisi epatiche, nefritiche, nevralgie, disturbi funzionali nevrosici, ecc.). Si può temere infatti che, non data più la morfina, i dolori riappaiano, la malattia persistendo sempre. Ciò che può dare qualche fondamento a questo modo di pensare. è, oltre l'apparenza logica del ragionamento, il fatto che, quando si tenta di sopprimere in grandi proporzioni la morfina, si vedono riapparire dei dolori analoghi a quelli per i quali la si é somministrata primitivamente.

È vero che la diminuzione notevole della morfina produce dei dolori di astinenza che somigliano molto a quelli della malattia primordiale. Ma la diminuzione e la soppressione sono due cose assolutamente differenti. Bisogna ancor considerare che il morfinomane quando sente il bisogno della morfina esagera i dolori per rinunciare alla cura che ha intrapreso.

Or capita spesso che l'affezione primitiva per la quale la morfina è stata data scompare ed il malato ricupera una salute migliore di prima.

Due casi possono presentarsi; o la morfinomania è il seguito e la conseguenza della malattia di cui è ancora afflitto il morfinomane, o si tratta di una malattia anteriore od anco intercorrente, ma indipendente dalla morfinomania.

Nel primo caso, si ha il diritto di temere la ricomparsa della malattia organica, o funzionale; nel secondo, si può temere che il soggetto per la malattia concomitante, non sia in grado di sopportare lo svezzamento, e sia più malato dopo che prima.

Come si possono spiegare questi fatti? Molto semplicemente se ci si suol riferire al meccanismo della demorfinizzazione rapida. Demorfinizzazione rapida e non semplicemente demorfinizzazione, poichè quando si procede lentamente, le cose non avvengono tutte nello stesso modo e non si osserva questa viva ripresa organica che è la conseguenza più notevole del metodo rapido. È, infatti, in favore di questa rigenerazione così attiva ed intensa, risultante dalla reazione dell'organismo alla soppressione dell'intossicazione morfinica, al ritorno così rapido delle funzioni di nutrizione, che debbono attribuirsi queste guarigioni in apparenza paradossali.

L'organismo, sotto l'influenza della demorfinizzazione, non fa, insomma, che agire come in certe malattie infettive, in cui lo si vede sbarazzare dei germi dell'infezione acuta e, se la convalescenza è bene avviata, riparare alle perdite che non avrebbe giammai riparato senza questa occasione.

Non è dunque sorprendente di vedere ancora, sotto l'influenza della violenta reazione provocata dallo svezzamento rapido, l'organismo liberarsi di tutti gli altri germi infettivi o tossici che poteva avere immagazzinati.

Si sa, infatti, che la caratteristica della demorfinizzazione è la desquamazione di tutte le mucose e l'eliminazione delle cellule impregnate di morfina, in particolare di quelle del fegato e dell'apparato digerente, ciò che permette alla nutrizione di riprendere la sua attività.

La demorfinizzazione gode in questi casi l'ufficio di una crisi benefattrice. Nelle malattie acute, gravi, infettive non si deve esitare a produrre la demorfinizzazione, quando si vede che la morfina lungi dal migliorare, altera ancor più lo stato generale. Se la demorfinizzazione è fatta in buone condizioni, se, cioè, si procede rapidamente per provocare una reazione viva, e se si dirige sovratutto energicamente la convalescenza, si hanno tutte le probabilità di veder scomparire con la morfinomania, la malattia nell'occasione della quale la morfina si era data, o certe altre malattie posteriori non aventi alcun rapporto con essa. Tra quest'ultime si deve segnalare in maniera particolare la tubercolosi.

È permesso di domandarsi, in presenza di questi fatti, se non vi ha un'indicazione di cui si potrebbe trar profitto per la cura di certe malattie. Si sa che la morfina è stata preconizzata ed usata, forse con eccesso, nella melanconia ed in certe altre psicosi, in cui essa pare dar dei buoni risultati. Ma il S o l l i e r (*Archives gènèrales de mèdecine*, n. 6, giugno 1899) crede che questi felici risultati non si producono che alla condizione di sopprimere la morfina a capo d'un certo tempo. Si può comprendere ora per qual meccanismo la guarigione, può essere, se non prodotta, almeno iniziata dalla demorfinizzazione, che è molto ben sopportata, anco se rapidissima.

Senza dubbio, sarebbe scabroso rendere un soggetto morfinomane sotto pretesto di provocare in seguito una crisi favorevole con la demorfinizzazione; non fa d'uopo insistere sugli inconvenienti che ne risulterebbero.

Ma se la morfinomania non deve essere provocata di proposito, è almeno utile il sapere quando ci si trovi in presenza di un caso in cui essa si è sviluppata per un altro scopo, differente da quello per cui ora la si vuol sopprimere. Or quando si tratta di malattie, che non sono incurabili per natura loro, come le malattie del midollo, le affezioni cancerose od i tumori inoperabili, quando per produrre sollievo o per fare scomparire certi accidenti, si fa un uso cronico della morfina, aggravandosi lo stato generale, deve procedersi alla demorfinizzazione rapida, la sola che dà la reazione cercata. Bisogna pensare che i fenomeni di astinenza si tradurranno talora con il ritorno degli accidenti iniziali. Ma se si è prevenuti di ciò, si passerà oltre e si constaterà che questi accidenti scompaiono nella stessa maniera, benchè talvolta un po' più lentamente, degli accidenti ordinarii della soppressione morfinica, e allo stesso istante saranno guariti la morfinomania e la malattia che l'avea prodotta.

Lungi dall'essere una contro-indicazione alla demorfinizzazione, il fatto che la malattia all'occasione della quale s'è sviluppata, ha persistito di poi è, invece, una ragione in più per provocarla, perchè, come dicemmo, esistono delle probabilità di scomparsa della malattia.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* redatta da E. R o s e ed H. H e l f e r i c h, Bd. 52, H. 1, 2, 1899.

1. MATTHIOLIUS. **Sulle operazioni del cranio nell'epilessia** v. pag. 85.

2. F. KIDERLEN. **I tumori teratoidi della regione sacrale dal punto di vista clinico con comunicazione d'un caso relativo.** Dopo di avere accennato alle diverse idee che s'hanno sui tumori teratoidi della regione sacrale, comunica un caso di sua osservazione, poi mette insieme le notizie cliniche sparse nelle letterature sul riguardo e s'occupa della diagnosi, prognosi e terapia.

3. A. LIPTEIN. **Contributi casistici alla chirurgia del fegato.**—Sono 8 casi di malattie epatiche nei quali s'intervenne chirurgicamente,

cioè 4 ascessi, 3 tumori ed 1 echinococco. L'etiologia dei 4 ascessi fu la seguente: in uno doveva riferirsi alla dimora precedente dell'infermo nei paesi tropicali, nel 2° caso restò oscura, gli altri due erano stati prodotti da un'appendicite. Dei 3 tumori che vennero resecati il 1° era un sifiloma, il 2° un sarcoma ed il 3° un adenoma.

4. N. A. Sotoloff. **Formazione anastomotica operativa tra uretere e vescica (Uretero-cisto-neostomia).**—L'uretero-cisto-neostomia merita tutta la considerazione da parte dei medici, dà una mortalità lieve, non è tecnicamente difficile e conduce d'ordinario alla guarigione completa. Nel mentre protegge l'infermo da atti operativi ripetuti, cerca possibilmente di ripristinare le condizioni anatomiche normali, onde non dev' essere collocata molto più alta della nefrotomia, ma merita la preferenza anche sui metodi vaginali. Per quel che riguarda i particolari tecnici, lo stato presente dei processi intraperitoneali dà una prognosi migliore, la via intraperitoneale è tecnicamente più facile dell'estraperitoneale e del processo combinato. Nell'impianto dell'uretere è assolutamente necessaria la sutura obbliqua alla Witzel. La ventro-fissazione della vescica contribuisce alla garenzia del desiderato successo.

5. Brentano e Rende. **Un caso di echinococco multiloculare.** — Questo caso è degno di considerazione perchè è quasi unico nel suo genere: la malattia sembra avere il suo punto di partenza dall'osso, ma nel suo decorso ulteriore si estese esclusivamente nelle parti molli. Le particolarità anatomo-patologiche di questo caso consistono nella mancanza d'una vesciva principale parassitaria, nell'accrescimento esclusivamente esogeno, nella formazione esclusiva di zaffi sterili, nella mancanza d'una capsula sclerotica del tessuto ospitante, ma invece presenza d'una proliferazione progressiva nel tessuto ospitante, il quale in parte venne necrotizzato, in parte disturbò il tessuto del parassita colla proliferazione reattiva.

6. P. Iottkovitz. **Sulla reazione fatale delle ossa lunghe nell'osteo-mielite acuta infettiva.** — Riferisce un caso di osteomielite multipla con ascessi subperiostici e fenomeni piemici, coi quali venne allontanato tutto l'osso ammalato con risultato ottimo.

FORMULARIO

Vigier. — **Contro le ragadi**

Acido tannico	gr.	$^1/_2$
Glicerina a 30	»	20
Idrolato di rose	»	100

Soffregare le parti malate, anche le labbra, mattino e sera, con alcune gocce di questa soluzione.

Contro le adenopatie nell'eczema infantile

Acido salicilico	ctgr.	50
Mentolo	gr.	1
Linimento oleo-calcareo . . .	»	100

Per applicazioni locali.

Grellety. — **Contro i decubiti**

Chinosolo	gr.	1
Soluzione di acetato di piombo	»	4
Lanolina	»	40

Mischia e fa pomata.

Oppure:

Xeroformio	ana gr. 5
Talco veneto	

Mischia.

NOTIZIE E VARIETÀ

Le medichesse della scuola salernitana

Il Dottor Houssay, pubblica nella *Gazette médicale du Centre* un articolo pieno di erudizione consacrato principalmente alle medichesse della scuola di Salerno, che ebbero una certa riputazione. Oltre le dee dell'antichità (Iside, Lucina e la bella Igea figlia di Esculapio) abbiamo le sacerdotesse greche (come Fenarete, madre di Socrate) che praticavano illegalmente la medicina. I paesi latini ebbero anche le loro medichesse, ma la celebrità di costoro svanisce dinanzi a quella delle medichesse della scuola salernitana; salite in grande forma.

Esse si occuparono di medicina generale e di specialità, ma a preferenza di ostetricia, e dell'arte della cosmetica. Una delle più celebri fra essa fu Trotula. Scrisse un libro, che fu allora molto apprezzato, intitolato: *De mulieribus passionibus* Le medichesse si occupavano anche di venereologia, e Platearius dice che per « rammollire le ulcere della verga - le donne salernitane solevano così fare: *Fricetur leniter virga per coxam extensa et repente comprimetur. Pro talem compressionem quandoque rumpitur pustula.* Non mancavano le pratiche bizzarre e superstiziose, come quella di consigliare di mangiare un cuore di troia ben condito, per dimenticare gli amici morti.

Per sapere se una donna gestante desse alla luce un maschio od una femina così consigliavano di fare: *accipe aquam de fonte et mulier extrahat duos vel tres guttas sanguinis aut lactis de dextro latere, et infundentur in aquam: et si fundum petent, masculum gerit; si supernatent feminam.*

Contemporanea di Trotula fu anche un' altra medichessa, Abella, poetessa, la quale lasciò un trattato didattico. « *De natura seminis humani* ». Poi Rebecca Guarra che ci lasciò un trattato in prosa sull'embrione.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LESIONI DEL PANCREAS NELLE NEFRITI

Le infezioni ed intossicazioni per i veleni tossinici e minerali determinano delle lesioni varie del *pancreas*. Sembra che i veleni autoctoni multipli, accumulati nell' organismo nel corso delle nefriti, specie di quelle accompagnate da sintomi uremici, debbano agire nella stessa guisa.

Il Lefas ha studiato recentemente tale questione prendendo di mira la nefrite sifilitica dei neonati, la nefrite saturnina e diabetica, il male di Bright, la nefrite della cachessia amiloide. Nelle nefriti acute la parte rispettiva dell'elemento infettivo e di quello autotossico par difficile a stabilire con certezza.

Le lesioni cellulari del pancreas in queste nefriti possono essere molteplici. La tumefazione torbida è un fatto banale: consiste in un aspetto opaco, finemente granuloso, talvolta come polverulento del protoplasma cellulare, con fusione dei suoi contorni con i contorni delle cellule vicine: il nucleo resta nettamente visibile.

In un grado più avanzato si osserva la necrosi di coagulazione. Si osservano dei gruppi acinosi, i di cui nuclei cellulari sono assenti o persistono ancora allo stato di unità disseminate, facilmente numerabili; però si osservano altri nuclei con contorni vagamente delineati. Il protoplasma cellulare prende meno vivamente i colori usuali. I contorni delle cellule sono fusi. Tali fatti sono stati constatati in un caso di nefrite saturnina finita nell' uremia. In un caso di male di Bright, finito ugualmente nell'uremia, la necrosi si associava alla degenerazione grassa, che colpiva in massa tutto il parenchima ghiandolare: e la lesione, per il suo aspetto speciale, meritava il nome di necrosi grassa. In tal caso con la doppia colorazione si vedeva che certe parti prendevano quasi esclusivamente l' uno dei reattivi, oltre il secondo dei coloranti. Il nucleo non si distingue dal resto del protoplasma; esso è convertito in un vacuolo sferico grasso, chiaro, al centro del quale persiste qualche granulazione cromatica finissima, mal colorata. Il protoplasma cellulare è inegualmente tinto, emulsionato in fini granulazioni grasse, o segmentato in grosse gocce; i contorni sono fusi. In un caso di diabete grasso, complicato da nefrite intensa, il Lefas ritrovò la stessa necrosi grassa. Con esperienze sui conigli quest'autore vide che le alterazioni cadaveriche non davano mai quest'aspetto.

La degenerazione granulo-grassosa si osserva sola od associata alla tumefazione torbida.

La degenerazione amiloide è stata osservata in un solo caso in alcune cellule vicine ad un certo numero di vasi: questa degenerazione appartiene alla storia del pancreas infettivo.

L'ipertrofia acinosa, descritta dal Klippel in certi pancreas infettivi, è stata riscontrata dal Lefas nelle nefrite saturnina, sifilitica, diabetica. Gli acini ipertrofici si colorano più nettamente degli altri, sono irregolarmente disseminati nel parenchima. Si tratta di uno stato patologico o di un processo di rigenerazione, analogo a quello che si osserva nel corso di certe affezioni epatiche? Sembra difficile pronunciarsi in modo assoluto.

In un caso di nefrite sifilitica, terminata con la cachessia in un neonato, accanto all'ipertrofia acinosa il Lefas riscontrò delle vere formazioni nodulari, dovute all'agglomeramento di un numero variabile di acini; di questi noduli, qualcuno raggiungeva la grossezza di un grano di miglio. Era difficile poter dire se queste formazioni rappresentassero una lesione specifica o delle vere piccole gomme in miniatura.

È raro di osservare l'integrità assoluta delle arterie e delle venule: la loro parete è molto sovente ispessita, e questa ipertrofia delle tuniche vascolari interessa sovratutto la media delle arterie. Più frequente è l' endarterite e l'endoflebite dei piccoli vasi; in certi punti le cellule endoteliali sono gonfie e desquamate, ed a questo livello corrisponde un piccolo trombo sanguigno; queste produzioni non giungono mai fino all' obliterazione completa del lume del vaso.

La degenerazione amiloide non esiste che nelle nefriti che accompagnano uno stato infettivo (tubercolosi, ecc.); in un caso era generalizzata a tutti i vasi del pancreas e non colpiva, le cellule ghiandolari; l'endotelio era intatto.

La congestione è quasi costante e banale, specie nelle vene. Il sangue, contenuto in queste o effuso sotto forma di emorragia, è in genere molto ricco di leucociti; questi sono talvolta abbondanti nella tunica avventizia linfatica delle arteriole.

Le lesioni capillari congiunte all' iperemia ed all'edema del connettivo interstiziale, favoriscono la produzione di emorragie interstiziali; queste sono rare ed il Lefas le ha osservate nell'eredo-sifilide: si vedono allora dei focolai sanguigni, estesi, scollanti e dilaceranti le fibre connettive, principalmente in vicinanza

della superficie esterna della ghiandola e nelle gittate vicine.

Mai ha osservato infarti veri del pancreas. Questi, in parte minima, rientrano nel quadro dell'apoplessia pancreatica, e non si osserva che il focolaio per lacerazione; in genere di origine embolica, essi han sede il più spesso a livello della parte sinistra della ghiandola e paiono dovuti ad embolie dei rami pancreatici della splenica.

Il connettivo interstiziale è edematoso, e questo edema si associa o non alla sclerosi ed alla infiltrazione grassosa. L'edema è caratterizzato ad occhio nudo da un aspetto brillante e gelatiniforme delle gittate interlobulari. Al microscopio, il tessuto connettivo appare formato da fibrille ondulate, allontanate l'una dall'altra, colorantisi debolmente, con nuclei poco visibili. L'edema penetra nei lobuli, allontanando gli acini: dissocia i fasci nervosi di una certa importanza, in modo che questi appaiono voluminosi; i tubi nervosi non sono parsi alterati.

Nelle gittate connettivali si possono riscontrare degli isolotti embrionarii, in genere rari e poco estesi.

La sclerosi è frequente: essa è peri ed intralobulare; talvolta esistono delle vere placche o striscie sclerotiche traversanti senza grande regolarità il parenchima. Il tessuto di sclerosi è formato di connettivo adulto, con fibre colorantisi fortemente, con nuclei rari ed allungati.

L'infiltrazione grassosa si osserva, accompagnando spesso la sclerosi; coincide frequentemente con la degenerazione grassa totale della ghiandola, descrittà più su sotto il nome di necrosi grassa.

Il **Lefas** non ha mai osservato pigmento nel tessuto connettivo, ma vi ha trovato talvolta delle bolle di leucina.

Le lesioni dei canali escretori paiono assenti od insignificanti nella maggior parte dei casi. Bisogna fare un'eccezione per i casi di necrosi grassa nei quali l'epitelio degenerato cade in detrito granuloso nel lume dei canali. Le pareti di questi canali non sono ispessite.

Le alterazioni del rene, tanto dal punto di vista della sclerosi che delle lesioni epiteliali, è parso il più sovente che decorressero parallelamente alle lesioni del pancreas.

In tutti i casi in cui esisteva sclerosi del pancreas, si riscontrava sclerosi del rene, la lesione cellulare, interessante le cellule ghiandolari e quelle dei tubi contorti, apparteneva il più spesso alla stessa varietà. Nel caso in cui esisteva nel pancreas la degenerazione totale dell'organo, qualificata dalla necrosi grassa, quest'organo è parso molto più leso del rene. Questa è un'eccezione: il più spesso le lesioni decorrono parallelamente per tempo e per grado.

Non avviene lo stesso per il fegato: in quasi tutti i casi si tratta di fegato noce-moscata tipico, tanto macroscopicamente che istologicamente: le cellule degenerate occupano un territorio limitato alla periferia delle vene sovraepatiche. In un caso, mentre non esisteva alcuna traccia di pigmentazione nelle cellule e nel connettivo del pancreas, le cellule del fegato erano colpite in massa dall'atrofia pigmentaria, con una intensità che raramente si ha l'occasione di osservare nel corso delle nefriti.

Le lesioni pancreatiche nelle nefriti son lungi dall'avere lo stesso valore.

Per quanto riguarda le lesioni cellulari, solo le lesioni degenerative si riferiscono specialmente all'auto-intossicazione: esse sono la necrosi da coagulazione, la necrosi grassa e forse la tumefazione torbida. Le altre provengono da uno stato infettivo preesistente alla nefrite: esse sono la degenerazione amiloide e la degenerazione granulo-grassa, l'invasione degli acini per via degli elementi embrionarii.

In ciò che concerne le lesioni vascolari e connettivali, l'ispessimento della tunica delle arterie, la sclerosi, l'edema e forse le emorragie interstiziali, debbono esser riferiti all'azione del processo causale della nefrite agente parallelamente sul pancreas.

È difficile giudicare il valore delle lesioni dei canali escretori, eccezionali.

Or queste alterazioni pancreatiche, spesso tanto accentuate, non possono esercitare una certa influenza sull'insieme dei sintomi presentati dai malati? Si può verisimilmente affermare che le lesioni del pancreas nel corso delle nefriti hanno la loro parte nel complesso sintomatico dell'uremia di origine renale, nella stessa guisa con cui nelle infezioni prendon parte alla costituzione dell'uremia infettiva. Pare incontestabile, dice il **Klippel**, che il *pancreas* ha influenza in questo insieme che costituisce l'uremia infettiva.

Sono principalmente i disturbi digestivi d'origine uremica che debbono influenzare le lesioni pancreatiche.

BIBLIOGRAFIA

Klippel. *Arch. gén. de méd.*, novembre 1897. —**Carnot.** *Thèse de Paris*, 1898.—**Kahn.** *Thèse de Paris*, 1897.—**Arnozan e Vaillard.** *Arch. de physiol.*, 1884. — **Lefas.** *Société de biologie*, 21 maggio, 23 luglio 1898; *La Presse médicale*, n. 51, 28 giugno 1899.

LEZIONI ORIGINALI

Clinica traumatologica della R. Univ. di Napoli diretta dal prof. A. DI GIACOMO

PROLUSIONE AL CORSO UFFICIALE

Nel dar principio al mio primo corso ufficiale di clinica traumatologica, lasciate innanzi tutto che io rivolga un rispettoso saluto agli illustri professori della Facoltà medica, tra i quali conto maestri affettuosissimi e venerati cui mi legano antichi vincoli di riconoscenza e devozione.

Certo a determinare la splendida votazione con la quale essi mi fecero l'onore d'indicarmi a professore di traumatologia nella nostra università, contribuì il fatto che da molti anni io insegnava privatamente clinica chirurgica col costante favore della gioventù, e da 8 anni, senza pompa, specialmente dopo la morte del professore Petronio, io m'intrattenevo frequentemente nelle mie lezioni sui casi di lesioni violente, rendendo così soltanto possibile nella mia scuola, lo studio di lesioni tanto importanti nella pratica.

Conosco me stesso, e so che la benevolenza costante dei giovani studenti e l'affetto e la stima, conquistate ai miei maestri, mi hanno fatto ascendere all'alto posto d'insegnante di traumatologia nella nostra università, posto al quale altri, di me ben più meritevoli, avrebbe potuto aspirare. Ma insieme con la Facoltà medica sento profondamente il debito di rivolgere un saluto riverente all'illustre clinico che ora regge la pubblica istruzione, a colui che volle rendere omaggio al voto espresso dalla Facoltà, elevando di grado la cattedra di traumatologia col nominarmi straordinario.

E per debito di verità mi sia lecito ricordare, che la prima cattedra di traumatologia in Italia fu creata per iniziativa dello stesso professore Baccelli nell'anno 1884. A questo illustre medico e ministro dalle larghe vedute si deve dunque il primo inizio di uno insegnamento, che come avrò l'onore di mostrarvi tra breve, per gl'incessanti progressi della chirurgia, ha assunto una rilevantissima importanza. L'intervento numeroso di studenti e giovani medici alla inaugurazione di questo modesto corso, prova che l'insegnamento di traumatologia è un bisogno fortemente sentito dalla gioventù e riempie un vuoto della nostra scuola.

Si suole dire, e giustamente, che i veri giudici del valore didattico se non di quello scientifico di un professore sono gli studenti: ma io credo poter aggiungere che questi sono anche i giudici inappellabili dei bisogni pratici dello insegnamento.

Cosicchè la nostra Facoltà medica e S. E. il ministro Baccelli, ripristinando la cattedra di traumatologia, occupata un tempo dal professore Petronio, fecero opera degna della nostra gloriosa università.

Alcuni vogliono negare la opportunità di un insegnamento speciale di traumatologia, e specialmente negano che questa branca della chirurgia possa elevarsi a corpo speciale di dottrina e di pratica chirurgica.

A questi signori si deve rispondere prima di tutto con dati di fatto riguardanti il passato insegnamento di clinica e patologia chirurgica nella nostra università, e poi con la esposizione dello sviluppo moderno, sempre crescente, della traumatologia. Nella nostra clinica chirurgica è raro che si presenti anche un caso volgare di lesione violenta, quale per es. una frattura od una lussazione, perchè gli individui colpiti da queste lesioni si recano ordinariamente nell'ospedale degl'Incurabili ovvero in quello dei Pellegrini, o di Loreto: nè, che io mi sappia, mai nella nostra università si è dettato un corso di patologia dimostrativa e sperimentale di lesioni violente.

Ora negli ospedali dei Pellegrini e di Loreto non essendo permesso l'insegnamento, questo si riduceva soltanto a quello che esponevano nell'ospedale degl'Incurabili i professori privati di clinica chirurgica. Era nel nostro ospedale degli Incurabili, il più grande e benemerito focolaio dell'insegnamento libero, che i giovani medici ed i studenti potevano per lo meno osservare una frattura od una lussazione.

La sala speciale dell'ospedale degli Incurabili, che ricovera tutte le donne colpite da lesioni violente, causa la necessità dello insegnamento generico di chirurgia, era per l'ordinario rifiutata dai privati docenti, i quali per speciale concessione dei sanitarii del reparto, vi si recavano una o due volte l'anno per mostrare ai giovani un caso di frattura delle ossa della gamba o del femore, ovvero dell'omero.

Ed era tutto! Eppure quanto interesse non mostravano i giovani per questo fantasma di insegnamento di traumatologia che alle loro cognizioni nulla aggiungeva, meno la fallacia di credere di avere osservato e di sapere! Non esagero col dire che erano gli studenti stessi a spingere i professori in una tale mostra d'insegnamento, che da sola talvolta era sufficiente ad accreditare uno studio.

Il lavoro della sala speciale dell'ospedale degli Incurabili era caduto in tanto discredito che tutti i chirurgi dell'ospedale medesimo finirono per rifiutare di esservi addetti, e la Commissione sanitaria dirigente il servizio ospedaliero trovando ogni anno sempre più difficile la scelta dei professori che volessero occuparsi della cura delle inferme ricoverate nel reparto

speciale, fu costretta nel 1891 ad imporre a due suoi componenti, il prof. Martino Barba già direttore dei Pellegrini ed a me, di assumerne il servizio, concedendoci facilitazioni, che furono sempre mantenute con lodevole intento, dai governatori e commissarii regi succedutisi finoggi.

Dunque per un lungo passato il gruppo così interessante delle lesioni violente fu completamente trascurato nello insegnamento clinico sia ufficiale che privato, e le lezioni di patologia traumatologica si riducevano ad una recita più o meno brillante delle cose scritte nei libri di patologia.

Eppure il bisogno di questo insegnamento era un vuoto fortemente risentito dalla gioventù. Ve ne darò una prova raccontandovi come io da insegnante di anatomia divenni professore di chirurgia.

Nel 1876, entrato a far parte del corpo sanitario dell'ospedale degli Incurabili, io ero già insegnante di anatomia col compianto professore Favaloro e fui assegnato come coadiutore nel servizio del reparto speciale delle lesioni violente.

Or bene, ogni mattina nell' ora della visita si presentavano numerosi studenti di 6.° anno e giovani medici, i quali mi pregavano di permettere loro di seguirmi nelle medicature e di esaminare delle fratture o lussazioni, di cui non avevano alcuna idea pratica. Avevano ascoltato talora delle brillanti recite di patologia su queste lesioni, ovvero le avevano lette nei libri, poco comprendendone e nulla ritenendo, ma ignoravano completamente nella pratica una di queste lesioni volgari.

Domandavano in grazia di assistere alla riduzione di un arto lussato od all'applicazione di un apparecchio per frattura e bisognava sentire il coro di lamentazioni di quei giovani, e come essi deploravano la deficienza dello studio pratico di lesioni cosi comuni. Essi erano atterriti alla sola idea di dover entrare nello esercizio pratico, ignorando completamente cose tanto semplici! Si sentivano capaci di fare la diagnosi di un grave tumore, e magari di disarticolare una coscia; ma erano incapaci di diagnosticare e ridurre una lussazione o di applicare un apparecchio per frattura!!

Poco a poco, per questo bisogno dei giovani, io fui circondato da un numero ragguardevole di scolari, che mi strapparono dallo insegnamento dell'anatomia per quello della chirurgia.

Questo era lo stato miserevole dello insegnamento e dello studio della traumatologia presso di noi, certo non diverso da quello delle altre università del regno, fino a che la iniziativa dello illustre professore Baccelli non provvide con la creazione di una cattedra speciale nella nostra università cui fu preposto il chiarissimo professore Petronio. Questi dettò l'insegnamento nell' ospedale della Pace ed ebbe iniziativa lodevole; ma la scarsezza dei mezzi, la mancanza di teatro anatomico, l'esiguo numero degl'infermi ricoverati nel reparto mantenuto a spese del ministero della pubblica istruzione e la morte immatura che lo incolse, impedirono al professore Petronio di svolgere tutto il programma che certamente doveva essergli a cuore per il bene e l' utile della gioventù studiosa.

Morto il professore Petronio ed assegnata la sala delle lesioni violenti dell'ospedale degli Incurabili al professore Barba ed a me, tutto lo insegnamento di traumatologia in Napoli si ridusse alle mie lezioni cliniche.

Questa la storia esatta del passato. Quali cattivi effetti generasse un tale stato di cose voi potrete agevolmente desumerlo dai frequenti gravissimi errori diagnostici, che ogni provetto chirurgo avrà potuto costatare nella sua pratica sugli ammalati della città e delle provincie.

Ogni anno nel nostro ospedale si presentano infermi d'ambo i sessi con lussazioni inveterate perchè non riconosciute dai medici; e quelli che mi hanno seguito nei corsi di clinica, ricorderanno le numerose operazioni che io ho dovuto praticare per volgari lussazioni della spalla e del gomito non riconosciute nè curate.

Gli studenti dello scorso anno ricorderanno il caso di una infelice giovane che fu ricoverata in sala per una lussazione sottocoracoidea dell'omero, riportata sei mesi prima. La poveretta raccontava che la diagnosi di lussazione le fu fatta da una di quelle donne volgarmente chiamata *acconcia ossa*, ma che tale diagnosi fu sempre negata da tre medici i quali, ripetutamente affermando trattarsi di una frattura del collo dell' omero, le applicarono un apparecchio ingessato, rimasto in sito per 25 giorni. Ebbene, impossibile a credersi, tolto l'apparecchio, quei tre medici nelle alterazioni

consecutive della meccanica dell' articolazione patognomoniche di una lussazione, non seppero riconoscere altro che un' anchilosi, prodotta dal processo infiammativo provocato dalla frattura del collo omerale, da essi diagnosticata.

In sala, quest'anno vedrete un'altra povera giovane con lussazione posteriore del gomito non ridotta, e che è rimasta con l'arto superiore sinistro in posizione rettilinea ed inutilizzato, e dovrà essere sottoposta alla resezione, essendo riuscite vane, dopo 4 mesi, tutte le manovre di riduzione.

Questi fatti vergognosi e che si ripetono ogni giorno sono tutti da addebitarsi alla ignoranza dei medici curanti, ovvero, e più alla mancanza di uno studio pratico di prima necessità? Lo lascio giudicare a voi! E' confortante, ditemi, il vedere che dalla nostra università escano giovani valorosissimi, forniti di ottime nozioni scientifiche e pratiche, i quali sarebbero capaci di operare una ovariotomia od una nefrectomia e che pur tuttavia trovansi imbarazzati innanzi alla condotta da tenere in un caso volgare di frattura o di lussazione e spesso non sono al caso di riconoscerlo? Quanti sono qui dentro, studenti e medici, riconosceranno questo *grave difetto* che esisteva nella nostra scuola e le deplorevoli conseguenze che si verificano nella pratica.

Io ho voluto richiamare la vostra attenzione su tutto questo, perchè voi siate confortati da buoni argomenti nel rispondere a chi parlandovi della cattedra di traumatologia vi ripetesse, col fine e deleterico sorriso così facile presso di noi « ecco un'altra cattedra inutile creata forse per collocare una persona, aggravare gli studenti di una lezione di più e sottrarre all'erario altre spese ». Si discuta di tutto e magari anche, di chi vien proposto allo insegnamento, ma non si neghi che il nuovo insegnamento risponda ad un bisogno profondo della scienza e della pratica chirurgica. Si plaudisca quindi alla illuminata iniziativa di un grande ministro e scienziato ed al voto rispondente della illustre Facoltà medica napoletana.

Dimostrata così la necessità di uno insegnamento di traumatologia, quale sarà il nostro programma per questo anno, e quale lo sviluppo che daremo nell' avvenire alle nostre lezioni?

Signori! per i meravigliosi progressi della chirurgia operativa, dovuti principalmente alla introduzione del metodo antisettico ed asettico, la cura cruenta delle lesioni traumatiche è uscita dagli antichi confini.

Oggi si suturano in primo tempo ossa fratturate, anche per fratture semplici, quando per la forma della frattura e per la speciale condizione meccanica dell'osso fratturato non si puo sperare in una buona formazione di callo per la *restitutio ad integrum*.

Voi tutti conoscete le frequenti suture che si praticano sulla rotula e sull'olecranon fratturati. Si fratturano anche cruentemente calli deformi e si resecano secondariamente ossa fratturate nelle quali non è avvenuta la consolidazione del callo, per suturarle; e si praticano anche talora meravigliose operazioni plastiche per ridare all'osso la originaria lunghezza.

Tutti sanno che le prime statistiche comparative sul metodo antisettico nelle operazioni furono basate sui risultati ottenuti nella cura delle fratture complicate, e non ho bisogno di rilevare il progresso immenso compiuto nella cura di queste lesioni, le quali un tempo finivano con la mutilazione di un arto e bene spesso anche con la morte del paziente.

Nella cura delle lussazioni il progresso è stato egualmente grande, ed oggi può affermarsi che non esistano più lussazioni assolutamente irreducibili. A parte l' anestesia che ha agevolata la riduzione delle lussazioni recenti; noi possediamo nelle artrotomie e nelle resezioni parziali e temporanee delle articolazioni, mezzi sicuri per la riduzione di lussazioni altrimenti irreducibili.

Nelle lussazioni inveterate irreducibili non si ricorre ormai all' applicazione di trazione meccaniche per lo più inefficaci e talora pericolose, ma si praticano operazioni semplici che costituiscono un vanto della moderna chirurgia.

Le ferite articolari, un tempo abbandonate al loro destino e spesso trattate con l' amputazione, oggi mercè la rigorosa antisepsi, il drenaggio articolare o l'artrotomia sono portate a sicura guarigione e spesso con la completa conservazione della meccanica articolare e della funzionalità dell'arto.

Le ferite d'arma da fuoco delle parti molli, delle ossa e delle articolazioni, mercè l' antisepsi rigorosamente applicata in primo tempo non sono più trattate con l' empirismo e le troppo frequenti ed illogiche operazioni di un tempo; ma arrivano per lo più a sicura gua-

rigione, mercè una cura aspettante, fondata sui dettami più sani della scienza, ovvero subiscono operazioni tutte dirette allo scopo della conservazione.

Oggi si suturano semplicemente, ovvero si praticano operazioni plastiche sui tendini e sui nervi recisi, e si suturano financo ferite delle arterie e con esiti per lo più completi.

Che dirvi poi dei progressi straordinari compiuti nel trattamento delle lesioni violente del cranio, del petto e dello addome?

Tutti i medici e perfino i profani ne sono entusiasti! E qui mi sia lecito il ricordare che i nostri valorosi giovani chirurgi degli Incurabili, dei Pellegrini e di Loreto, in questo campo hanno largamente mietuto e non sono secondi ai chirurgi dei migliori ospedali del mondo. Nei nostri ospedali dove si ricoverano infermi con ferite degli organi cavitarii ogni giorno, si praticano geniali ed ardite operazioni, che un tempo sarebbero apparse degli atti non solo temerari ma folli. Non vi è organo cavitario ferito che non sia stato trattato con vero ardimento dai nostri giovani chirurgi e spessissimo con esiti felici.

Ma io non la finirei più se volessi numerarvi e commentarvi tutti i progressi operativi compiuti nella cura delle lesioni violente. La famosa scoperta di Röntgen con la introduzione della radiografia, ci ha facilitata la diagnosi esatta di molte lesioni violente, e rese possibili, sopratutto nelle ferite di arma da fuoco, delle determinazioni di sede, che ci mettono in condizioni di eseguire le nostre operazioni con precisione matematica.

Se a tutto ciò aggiungete quanto si crea ogni giorno in fatto di cura meccanica e nel perfezionamento degli apparecchi speciali, voi avrete un saggio della vastità dello studio pratico che noi andiamo ad intraprendere.

Ma dopo l'inno al progresso vediamo se nella scuola si dà lo sviluppo dovuto allo studio delle lesioni violente ed alla loro cura, e se è permesso oggigiorno non occuparsi in modo degno di una grande università, di una branca della chirurgia così estesa e di frequente applicazione.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

HOTEL-DIEU DI PARIGI

Prof. Lucas-Championnière

Sull'ernia

La parola ernia si applica ad un numero di cose differenti ed ogni volta che un viscere fuoriesca dalla sua cavità naturale si dice che vi ha un'ernia. Ciò non è esatto: l'ernie addominali rappresentano infatti qualche cosa di particolare, bisogna che il viscere faccia sporgenza all'esterno coi suoi involucri e colla pelle che ricopre il tutto; si tratta in somma d'una cavità supplementare alla cavità normale, ciò è veramente particolare, e si darà il nome di ernie a questa cavità supplementare, abbia questa o no un contenuto.

L'ernia è conosciuta da lungo tempo; per quanto lungi si risalga nella storia della medicina e della chirurgia, si incontra la nozione dell'ernia e quella delle fasciature applicate per sostenerla. Però solo nei nostri tempi è stata considerata più davvicino, facendone l'anatomia patologica dapprima sul cadavere, quantunque in questo essa si presenti in condizioni differenti da quelle dell'individuo vivente; in quest'ultimo si è fatto soltanto l'anatomia patologica dell'ernia strangolata. In un'epoca più recente si è fatta la cura radicale e si è visto che l'ernia ordinaria non si presenta nelle stesse condizioni dell'ernia strangolata.

L'ernia implica anzitutto la nozione dello sforzo. Perchè un viscere sia cacciato dalla sua cavità, bisogna che vi sia una forza determinante e si dice spesso uno sforzo per designare un'ernia. Sembra dunque che l'ernia sia il risultato delle rotture della parete sotto l'influenza dello sforzo. Questa nozione è inesatta, lo sforzo deve essere secondario. La nozione del difetto di resistenza della parete deve essere preponderante: questa mancanza di resistenza è dovuta ad una alterazione della parete; e questa alterazione, questa debolezza in un punto determinato è interessante, capitale. Questa deficienza della parete rappresenta sia una lesione congenita, sia un anello che diventa privo del grasso che conteneva, sia invece l'ingrassamento, in modo generale un vizio di nutrizione della parete.

Lucas-Championnière ha attirato l'attenzione ed insiste ancora sul sovraccarico d'adipe; questo fa si che delle masse d'adipe penetrano i fascetti fibrosi e ne distruggono l'omogeneità, fatto molto importante del punto di vista terapeutico.

Tillaux aveva già indicato questa causa importantissima dell'ernia, ma non vi aveva insistito sufficientemente. Questo fatto risale del resto ad un'epoca antichissima, lo si trova in Ambrogio Parè; i suoi successori avevano studiato la probabilità che possono avere gl'individui di contrarre ernie e si erano incriminate le popolazioni che

mangiano olio, Malgaigne ne ha parlato, Championnière crede che sia piuttosto questione di razza.

Ciò premesso, che cosa é un'ernia, esattamente parlando? S' è detto ch'era una sporgenza che si trova alla parete addominale, ma questa sporgenza, in regola generale, ha caratteri speciali. È poco sensibile, mentre le sporgenze che s'incontrano alla superficie del corpo sono sensibili, sia che si tratti di prominenze infiammatorie o di neoplasmi. È molle, morbida, pastosa, riducibile, cede sotto il dito, sparisce ed in sua vece si trova una cavità ed un orifizio attraverso il quale si può penetrare nell' addome. Questa riducibilità si riscontra in altri tumori, ma coi caratteri descritti é ancora speciale. Produce un rumore di gorgoglio, questo si sente e si ode nel momento in cui si riduce l'ernia e lo si sente sopratutto se la quantità di liquido e di gas che essa contiene è considerevole. Infine essa é intermittente, non per il fatto che entra ed esce, ma perchè non apparisce sempre, questa è la caratteristica veramente unica dell'ernia.

La forma esterna varia all' infinito, e l' interna anche dippiù. Il volume generale non é considerevole, ma si possono osservare ernie enormi. Il colore è importante. La pelle non è cambiata, eccettochè in alcuni casi particolari. La molteplicità è un fatto molto interessante.

Gli erniosi in generale si presentano con un aspetto particolare che caratterizza il loro difetto di costituzione: pelle biancastra, linfatismo, grande vascolarizzazione venosa, varici, spesso enteroptosi.

Quali sono le lesioni che si trovano?

Vi sono regioni più speciali nelle quali si producono l'ernie, si può dire anche che vi ha una regione dove si formano gli otto decimi dell'ernie: è la regione inguinale; ma oltre alle ernie inguinali, bisogna citare le ernie crurali, ombelicali ed epigastriche alle quali bisogna collegare le ernie della linea alba e gli sventramenti. Ve ne ha altre, ma sono espressamente rare, come le ernie diaframmatiche, lombari, vaginali, perineali. In realtà, la prima fra tutte è l' ernia inguinale congenita od acquisita. Quest'ernia segue il tragitto del cordone nel canale inguinale. Si dice che il canale inguinale é quello che contiene sia il cordone nell'uomo, sia il legamento rotondo nella donna, che attraversa la parte inferiore dei muscoli della parete addominale e che si estende dalla fossa iliaca al margine superiore del pube. In questa regione, i foglietti che costituiscono la parete addominale sono disposti in modo speciale: indietro si ha una parete fibrosa, è la fascia *transversalis;* questa parete è resistente, ma la resistenza nè può essere diminuita di molto; in avanti vi ha una parete molto più resistente, è l'aponevrosi del grande obbliquo. Si dice che la parte superiore del canale è formata dal piccolo obbliquo e del transverso; in realtà questi muscoli vanno più giù. Per quanto concerne gli orifizii, l'uno è profondo, in fuori ed in alto, l' altro é più superficiale, indentro ed in basso; all'orifizio profondo si trova la fascia transversalis; all'orifizio superficiale vi ha il pilastro interno ed il pilastro esterno; indietro si descrive il pilastro posteriore che é realmente un ispessimento dell'arcata crurale; questo pilastro posteriore è in connessione con il legamento del grande retto.

Attorno a quest'orifizio esistono fibre arciformi, che variano molto, essendo abbondantissime negli uni, molto scarse in altri. Dietro la parete addominale, in corrispondenza dei tre centimetri che formano il canale inguinale, sono tre fossette, una all'infuori dell'arteria epigastrica, l'altra immediatamente all'indentro, la terza alla parte affatto interna in corrispondenza della regione soprapubica. La prima serve d' infundibolo all' ernia obbliqua esterna; l'ernia può fuoruscire dalla fossetta media spingendola, è l'ernia diretta; infine se esce dalla fossa interna, si ha l' ernia obbliqua interna; gli autori sono d' accordo nel dire che la vera ernia è l'ernia obbliqua esterna, quantunque alcuni ammettano ugualmente l'ernia diretta come comune. In Malgaigne ed oggi anche in Tillaux si legge che essa è comune; ciò è assolutamente inesatto, l' ernia diretta dev'essere d'una rarità prodigiosa; riguardo all' obbliqua interna, non si sa nemmeno se esiste.

Lucas-Championnière, quando intraprende una cura radicale, incide francamente il canale inguinale in tutta la sua regione anteriore, e, siccome l'arteria epigastrica è al lato interno, non la tocca; se l' ernia passasse per la fossetta media, siccome egli taglia sempre dinanzi a sè, dovrebbe tagliarla, ciò che non gli è mai successo malgrado il grandissimo numero di ernie da lui operate; si vede dunque che questo pericolo non esiste e che l' ernia diretta non è comune. Quale interesse ha questo fatto? Entro qui inciampa la famosa storia dello sbrigliamento. Ecco i fatti, le conclusioni date dagli autori. Nel caso d' ernia inguinale strangolata, dicono loro, bisogna sbrigliare in alto ed in fuori: in alto perchè in basso si toccherebbe il cordone, ciò non è del resto esatto; in fuori perchè all'indentro si trova l'arteria epigastrica; supposto che si abbia da fare con un'ernia diretta, bisogna sbrigliare in alto e in dentro, ciò che è contrario al principio. Ma lo strangolamento per mezzo degli anelli non esiste giammai; consta solo l'ispessimento della sierosa, ed allora poco importa la situazione dell' arteria: si incida la sierosa sotto i proprii occhi e non si abbiano preoccupazioni per il resto.

Alcune parole sul modo nel quale si presentano le ernie. Esiste un'ernia inguinale interstiziale, cioè un' ernia nella quale i visceri sono rimasti nella

parete e non sono discesi nel canale inguinale; quest' ernia non è rara e se in un gran numero di casi non s'è trovata l' ernia che si cennava, si deve al fatto ch' essa era situata più in alto del punto dove si cercava. Si è inoltre constatato un'ernia che non esce dal canale inguinale, essa è sempre congenita e vi si trova il testicolo, è situata per intiero nella parete addominale. Si trovano infine i bubbonoceli, che sono le ernie inguinali comuni e gli oscheoceli, che sono le ernie molto voluminose che scendono nelle borse. Havvi una forma d'ernie che scendono nelle borse e che sono particolari, cioè le ernie congenite tardive: esse sono piccole e scendono fin nel testicolo. Dovè il sacco erniario? Le ernie sono nel cordone, perchè l' immensa maggioranza sono congenite. Si dice che le ernie congenite sono quelle che scendono nel testicolo, è falso; all' infuori delle ernie inguinali vere, vi sono ernie congenite per il loro tragitto e di cui non si è tenuto conto dal punto di vista dal loro stato congenito. Il più delle volte si trovano alla superficie del sacco fibre muscolari del cremastere, il che prova che il più delle volte si ha da fare con ernie congenite. Tutte possono arrestarsi ad un punto qualsiasi del tragitto preesistente; si formano a tutte l' età. La prova della loro essenza congenita è l' aderenza dell' estremità del sacco al cordone, aderenza dovuta al lavoro d' obliterazione del canale vagino-peritoneale; inoltre la presenza a livello del sacco di vacuoli nei quali si trovano punte di tessuto cellulare che confermano questo lavoro di obbliterazione. Si sono trovati ancora al disopra del sacco differenti colletti, come si trovano nelle ernie congenite, infine si trova la vaginale che risale molto in alto e si accolla al sacco, altra prova della natura congenita.

Queste ernie congenite presentano parecchie varietà come le ernie con octopie testicolari, che sono anch' esse ernie congenite. Fra le ernie congenite, una varietà giunge fino al testicolo, una varietà si presenta con uno o due restringimenti senza chè il testicolo vi sia; nel cordone vi sono piccole ernie che sono anche congenite. In alcuni casi il testicolo risale senza che vi sia comunicazione col sacco, anch' esse sono ernie congenite. Infine si incontrano le disposizioni sopra segnalate. (*L' Independance mèdicale*, N. 25, 21 giugno 1899).

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA
DELLA TUBERCOLOSI

1. ***Marzagalli e Mircoli*** hanno cercato di rendere stabile **la proteina acquosa,** mercè l'aggiunta di una piccolissima quantità di glicerina. Da questa proteina hanno preparato un estratto alcoolico, solubile, che uccide la cavia nella proporzione di 1 : 20000. Questi prodotti inoculati ai cavalli ed alle vacche, hanno poi fornito un siero che possiede costantemente 2000 unità antitossiche per cc. Con il siero hanno salvato la cavia dalla tubercolosi acuta. I germi tubercolari non solo perdono la loro proprietà infettante, ma anco quella di riprodursi. I bacilli tubercolari si vacuolizzano; dopo 36 ore si riscontrano forme simili agli streptococchi; dopo 48 ore è difficile riscontrare un contorno netto; al 3° giorno le forme batteriche sono scomparse.

2. ***Sciallero*** ebbe simili risultati nella vacca e nel cavallo, nei quali, quando erano immunizzati, i bacilli iniettati assumevano forme aberranti dalla classica; forme consimili vide il Mircoli negli espettorati dei tubercolotici accanto a bacilli tipici. Questi fatti dimostrerebbero che per speciali condizioni di terreno si potrebbero avere modificazioni morfologiche dei bacilli, che dovrebbero essere quindi interpretate quali fatti regressivi e degenerativi.

3. ***Mircoli e Roncagliolo*** con una estesa serie di ricerche, praticate con veleni tubercolari d'azione costante hanno potuto dimostrare che nel siero dello uomo esistono **sostanze difensive dei veleni tubercolari.** Queste sostanze sono tanto più cospicue, quanto più robusto è il soggetto, diminuiscono nei convalescenti, scompaiono negli individui deperiti. Esse non si trovano nel sangue dei tubercolotici gravi, si trovano anche, ma in quantità diversa, nella vacca, nel vitello, nella capra, nel cavallo e sovratutto nel tacchino. Non se ne hanno nel siero della cavia, nè in quello del coniglio. Le iniezioni di siero aumentano la quantità di materiali difensivi in coloro che ne hanno già, ne provocano la comparsa negli altri, prova evidente questa della parte che prende l'organismo nella difesa. Questo aumento e questa creazione di materiali protettivi si ha anche, per le iniezioni di siero, nei soggetti tubercolotici.

4. ***Zanoni*** ha continuato le ricerche sul **potere battericida dei sieri normali contro il bacillo della tubercolosi,** iniziate dal Lucatello. Esse illuminano il meccanismo normale della difesa contro la tubercolosi e spiegano le cosidette guarigioni spontanee e l' efficacia delle cure igieniche. Poichè l'uomo, in perfette condizioni di resistenza, possiede mezzi potentemente difensivi contro il bacillo tubercolare ed i suoi veleni; poichè l' uomo, che ha nutrizione scaduta, perde codesti mezzi di difesa; poichè il miglioramento e la guarigione si hanno via via che compariscono ed aumentano le antitossine del sangue; poichè la produzione di antitossine si ha solo nei soggetti che sono in buone condizioni di nutrizione, si comprende come le cure igienico-dietetiche, che tendono a rialzar la nutrizione ed a far crescere nell'ambiente organico le condizioni favorevoli allo sviluppo dei mezzi difensivi necessarii, possano condurre alle guarigioni sponta-

e. L'organismo, posto in queste condizioni favoreli, innanzi allo stimolo dei veleni che si producno nel focolaio bacillare da cui è affetto, fabbrica lle antitossine, che neutralizzano i veleni medeni e ne impediscono l'azione deleteria sui tessuti sull' organismo; è posto infine, nelle condizioni fare un' auto-sieroterapia. Il meccanismo della uarigione è identico a quello della terapia con anossine prodotte in altri animali.

5. *Badano* ha iniziato una serie di ricerche sulla **ione della tubercolina acquosa sul tessuto lmonare** di vari animali, iniettando la tuberlina direttamente nel parenchima pulmonare atverso la pleura o introducendola nel polmone r via tracheale. Colle iniezioni endopulmonari forma attorno al punto di iniezione una pulmoonite reattiva, che può estendersi a tutto il lobo lmonare corrispondente. Essa può presentarsi l'inizio come una forma di pulmonite desquamava con focolai circoscritti di infiltrazione parvillulare; in un periodo più inoltrato, per l'oblitezione delle vie linfatiche e sanguigne, si può aere la necrosi e la caseificazione. La pleura parcipa spesso al processo con formazione di essudati brinosi. Coll'iniezione endo-tracheale di tubercoina acquosa si producono nei polmoni lesioni a foolaio più o meno estese che vanno a secondo il empo da cui datano, dalla semplice pulmonite catarrale alla infiltrazione parvicellulare del parenchima pulmonare ed alla neoformazione di tessuto onnettivale ed a focolai di caseificazione. Questi isultati, analoghi a quelli recentemente ottenuti all'Auclair, dimostrano, secondo il Maragliano, che anco le alterazioni locali sono doute ai veleni bacillari.

6. *Maragliano* dice che continuano a giungergli elazioni di risultati favorevoli, ottenuti con **l'applicazione della siero-terapia alla cura della ubercolosi** pulmonare, come non mancano, le noizie di risultati inefficaci. È necessario, s'intende l concorso dell'organismo malato, perchè il siero gisca. Il suo siero ha, secondo il Landouzy, icuro potere antitossico.

7. *Carducci* fa uno studio « **sul valore diagnostico della tubercolina di Koch** ». Da numerose esperienze istituite all' uopo crede che si debba trarre la conclusione che il medico, il quale fa l'iniezione di tubercolina a scopo diagnostico non deve aspettarsi una risposta decisiva, giacchè il risultato, che può avere non è solo negativo o positivo, ma anche incerto.

8. *Fraenkel,* ha letto a Badenweiler una conferenza sulla **terapia della tubercolosi polmonare.** Dopo di aver passato in rassegna i vari rimedi farmaceutici adoperati in questa malattia, e dopo di aver accennato ai sintomi, alla etiologia e alle varie forme cliniche della medesima, tratta delle moderne cure preconizzate per gli individui (che disgraziatamente sono troppi), che sono affetti da tale male. La cura igienico-dietetica è quella che oggi i più vantano, a preferenza di qualsiasi farmaco, battezzato per specifico, ma che non è nemmeno alle volte sintomatico. L'aria, la luce, l' allontanamento da qualsiasi occupazione, il moto regolato in un colla iperalimentazione, sono i migliori mezzi che possono condurre a guarigione i poveri tubercolosi i quali però s'intende, non si trovino un periodo molto inoltrato del male. Ora queste cure non possono farsi nella propria abitazione, onde la provvida istituzione dei sanatori, ai quali è destinato un grande avvenire.

Moutard-Martin riferisce di un caso di « **tubercolosi primitiva e massiva della milza** » simile a quello riferito da Rendu e Widal. Vi era ipertrofia splenica, la stessa natura delle lesioni, tubercolosi epatica ed infine iperglobulia durante vita; non esisteva cianosi. Questi casi sono di diagnosi difficile: quattro sintomi possono però svelarli: l'ipertrofia splenica, il tasso normale dell'urea, la leucocitosi, l'iperglobulia rossa.

10. *Rendu e Widal* hanno recentemente riferito un caso di « **splenomegalia tubercolare primitiva senza leucemia con iperglobulia e cianosi** ». Il malato morì cachettico; la milza, all'autopsia misurava cm. 30 nel diametro verticale, cm. 47 di circonferenza e pesava kg. 3, 780. Essa presentava delle lesioni miste, di tubercolosi e di sclerosi. Il fegato era aumentato di volume (chilogrammi (2,680). Il pancreas era infarcito di nuclei caseosi. La milza si era comportata come un grosso ganglio linfatico; in essa la tubercolosi fu primitiva. L'iperglobulia era forse spiegabile con l'azione vicariante degli altri organi ematopoietici che erano congestionati e contenevano emazie nucleate.

Gazzetta degli ospedali, n. 76, 25 giugno 1899.— *Supplemento al Policlinico*, n. 34, 24 giugno 1899.— *Munchener medicinische Wochenschrift*, n. 25, 20 giugno 1899.—*Société médicale des hôpitaux*, 9 giugno 1899. — *Société médicale des hôpitaux*, 2 giugno 1899.

PATOLOGIA MEDICA

LE REAZIONI DI BREMER E DI WILLIAMSON NEL DIABETE MELLITO

Il sangue dei diabetici si comporta con certi colori d'anilina in modo diverso dal sangue normale, ed in alcuni casi ciò si osserva anche dopo che è cessata la eliminazione di zucchero per le urine. La più antica comunicazione su questo soggetto è quello di Bremer nel 1894, che si servì della soluzione di bleu di metilene e di eosina, in cui i preparati di sangue fissati per 2 ore a 125° C venivano immersi per 3 minuti. All'esame microscopico si vedeva che nel sangue diabetico gli erito-

citi apparivano di colorito verde-giallo, mentre nel sangue normale di colorito rosso-bruno. Questa reazione, secondo Bremer, può servire a far diagnosi di diabete semplicemente coll' esame microscopico del sangue. In altri suoi lavori lo stesso autore modificò la tecnica: egli trovò che alla soluzione primitiva non molto stabile potevano essere sostituite soluzioni acquose 1 0[0 di rosso di Congo, di miscuglio Ehrlich-Biondi ecc. Per fissare i preparati propose il riscaldamento per 6 minuti a 135° C., impiegando uno spesso strato di sangue disteso sui portoggetti, in modo che la reazione fosse visibile anche macroscopicamente. In tutti i casi di diabete egli trovò positiva questa reazione eccetto che in un caso di glucosio in persona di un individuo colpito dal fulmine. Bremer non dà alcuna spiegazione dei fatti da lui osservati.

Anche Loewy trovò sempre positiva la detta reazione nei diabetici, e vide che l'aggiunta di acidi o di alcali al sangue non la modificava per nulla; invece il sangue normale può dare la reazione del diabetico se si mescola con acidi o se si immergono i preparati di sangue già fissato, in una soluzione acida. Le soluzioni alcaline non modificano il modo di comportarsi del sangue normale. Lo zucchero non ha influenza sulla reazione, perchè nei preparati di sangue normale tenuti in una soluzione di zucchero non si ha la reazione, e questa si ottiene anche dopo che lo zucchero è scomparso. Il sangue ottenuto di recente e contenente sostanze riducenti mischiato ad urina normale o diabetica, dà in molti casi la reazione. I corpuscoli rossi ed il plasma possono per sè soli nel diabete dare la reazione, i primi in grado maggiore.

Gli autori che seguirono hanno cercato di spiegare la reazione. P. Marie e Le Goff ammettono una degenerazione dei corpuscoli rossi nel diabete, come effetto della causa prima della malattia, e l'espressione di questo processo degenerativo sarebbe la perdita da parte degli eritrociti del potere di fissare le sostanze coloranti acidofile. I risultati degli esperimenti di Le Goff sono contrari a quelli di Loewy. Le soluzioni alcaline, secondo Le Goff, fanno sì che la reazione di Bremer riesca positiva; tenendo lungamente a contatto il sangue normale con urina alcalina diabetica o normale, si modifica sempre la reazione. Le soluzioni acide, l'urina diabetica acida, l'urina normale acida con o senza l'aggiunta di zucchero non modificano la reazione del sangue normale, e tanto meno le soluzioni di zucchero. La reazione positiva del sangue diabetico non viene modificata nè da soluzioni debolmente alcaline nè da quelle debolmente acide.

Hartwig a spiegare la reazione ammette la degenerazione non degli eritrociti, ma dell' emoglobina, e la degenerazione sarebbe causata dalla grande quantità di zucchero nel sangue, non dalla causa primitiva del diabete. Fra 9 casi di diabete egli ebbe la reazione in 7; in un caso in cui non ci era più zucchero nell'urina, la reazione fu negativa. L' aggiunta al sangue diabetico di alcali od il contatto con soluzioni alcaline, faceva, negli esperimenti di Hartwig, scomparire la reazione ed in due casi l'aggiunta di acidi la fece ripristinare. Il sangue normale fissato e trattato con soluzioni acide dava per lo più la reazione così come il diabetico, mentre il trattamento con soluzioni alcaline dava risultati incostanti, e quello con soluzioni di zucchero non aveva alcun effetto.

Hartwig osservò però che se si mescolava lo zucchero al sangue fresco, si aveva costantemente la reazione. A questo autore riuscì pure positiva la prova della glicosuria alimentare in un cane, ed anche in 2 conigli a cui aveva iniettato sotto la pelle 10 grammi di zucchero. Massimamente spiccata è la reazione 2 ore dopo l'iniezione, il che deve essere attribuito alla resistenza degli eritrociti allo zucchero.

Secondo Nardi e Futscher la reazione di Bremer non sarebbe altro che una semplice reazione dello zucchero.

Patella e Mori ebbero nel coniglio reazione positiva dopo l'iniezione di zucchero.

Lepine e Lyonnet, Eichner e Völkel sostengono che la reazione di Bremer è data dalla diminuzione dell'alcalinità del sangue nel diabete. Essi trovarono inoltre la reazione nella leucemia, nella pseudo-leucemia, nel morbo di Basedow ed in un caso di marasmo in cui 100 grammi di zucchero avevano prodotto glicosuria. Qui si riconnettono le osservazioni di Hartwig che ottenne la reazione in due casi di leucemia, un caso di morbo di Basedow, un caso di nefrite scarlattinosa, uno di neurite multipla. Secondo lo stesso autore é sempre negativa la reazione nella clorosi, nell'anemia perniciosa, nell'anemia, nella sclerosi multipla, nella paralisi agitante, nella nefrite cronica e nelle malattie infettive.

H. Schneider (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 25, 1899), ha fatto ulteriori ricerche sul dato riferito da Bremer che l'urina diabetica modifica il sangue normale in modo, che esso si comporta così come il sangue diabetico, mentre l'urina normale non ha questa proprietà. Le conclusioni a cui egli è venuto sono queste, che la colorazione del sangue umano normale fissato, in seguito al contatto con urina o con acqua distillata dipende dal grado di acidità del liquido di contatto, restando eguali la densità dello strato di sangue, il tempo per cui è durata la colorazione e la concentrazione della sostanza colorante. Il presentarsi della reazione di Bremer nell' urina diabetica è perciò l' effetto della reazione fortemente acida della medesima, e del pari la reazione positiva

del sangue dei diabetici e di altri ammalati o di alcuni individui sani e dovuta all'anormale contenuto di acidi nel sangue. Ne segue che sulla presenza della reazione di Bremer non si può fondare diagnosi di diabete.

Come si vede, questi risultati si accordano in parte con quelli di Bremer e di Loewy. Le obbiezioni che quest'ultimo solleva contro la teoria dell'alcalinità sono due, l'aumento dell'alcanità del sangue nel diabete, ed il fatto che l'aggiunta di una soluzione alcalina al sangue diabetico non fa scomparire la reazione. Riguardo alla prima obiezione, l'anormale grado di acidità dell'urina dei diabetici fa ammettere che nell'organismo dei medesimi esiste una quantità anormale di acidi, e quindi si dovrebbe ammettere in questi ammalati una diminuzione dell'alcalinità del sangue anzichè un aumento. Se Loewy ammette il contrario, ciò si può comprendere tenendo presente che nei metodi per la determinazione dell'alcalinità del sangue gli indicatori sono acidi. che insieme agli acidi da titolarsi vengono a contatto gli alcali esistenti nel sangue. Avviene che gli acidi del sangue che sono più deboli dell'indicatore vengono determinati in minima parte, quelli che sono egualmente forti per metà, quegli altri che sono più forti vengono determinati per una frazione maggiore. Supponendo ad es. che tutta la quantità di acidi forti esistente nel sangue venga determinata più o meno esattamente, mentre una grande parte dell'acido carbonico, che è debole, resti inosservata, si comprende come si troverà normale od aumentata la cifra dell'alcalinità mentre realmente è aumentata l'acidità del sangue.

All'altra obiezione di Loewy che l'aggiunta di una soluzione alcalina al sangue diabetico non modifica la reazione di Bremer, Schneider risponde che quando si fa agire a lungo sul sangue la soluzione alcalina e questa è concentrata, viene a perdersi la reazione di Bremer. Ciò è stato osservato anche da Hartwig.

I risultati poi di Marie e di Le Goff, secondo Schneider, sono incomprensibili.

I risultati di Hartwig, secondo cui la reazione di Bremer nel diabete sia dovuta all'azione nociva dello zucchero sull'emoglobina del sangue vivente sono fondati su esperimenti, che ripetuti da Schneider hanno dato risultati diversi. Così Hartwig aggiungendo al sangue fresco una soluzione di zucchero ebbe la reazione, mentre aggiungendo un acido od un alcali la reazione era incerta; Schneider invece ha trovato la reazione sempre passiva con l'aggiunta di acidi, negativa con l'aggiunta di alcali, e nella metà dei casi l'aggiunta di zucchero al sangue normale non modificava la reazione. Nella glicosuria alimentare Hartwig ebbe risultati positivi, Schneider negativi. In conclusione per Schneider la reazione di Bremer nel sangue è dovuta all'anormale quantità di acidi in esso contenuta.

Nel 1897 Williamson indicò un metodo per differenziare il sangue dei diabetici da quello dei non diabetici, fondato sulla medesima reazione del bleu di metilene. I risultati di Williamson furono conformati da Le Goff, Lyonnet, Baduel-Castellani, Futscher, Loewy, Goldscheider. Il metodo è fondato sulla proprietà che ha una soluzione debole alcalina di bleu di metilene, di scolorarsi a contatto del sangue diabetico. Si esegue nel seguente modo: in un tubo da saggio si versano 20 cmc. di sangue, ottenuto mediante una piccola pipetta dal lobulo dell'orecchio dell'ammalato; si aggiungono 40 cmc. di soluzione 6 0|0 di potassa ed 1 cmc. di soluzione acquosa di bleu di metilene 1 : 6000. Per controllo si fa un analogo miscuglio con sangue normale, ed entrambi i saggi vengono, scaldati a bagno maria, dove dopo 1 $^1/_2$-5 minuti, la soluzione di sangue diabetico si scolora, ossia assume un colorito debolmente giallo, mentre l'altra soluzione non si decolora o presenta una lieve decolorazione dopo 10-20 minuti di continuo riscaldamento. Nell'eseguire la reazione bisogna badare a che le provette, durante il riscaldamento, stieno in riposo, ed a che la soluzione di bleu di metilene sia recente.

Ultimamente è stata controllata l'importanza della reazione di Williamson in 24 diabetici da R. Müller (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 25, 1899), il quale è venuto alla conclusione che nel sangue e nell'urina dei diabetici esiste una sostanza che riduce il bleu di metilene. Anche nei diabetici che temporaneamente non hanno più zucchero nell'urina, la detta sostanza si presenta nel sangue $^1/_2$-2 ore dopo l'introduzione nell'organismo di idrati di carbonio, prima ancora che nell'urina ricomparisca lo zucchero, e scomparisce talvolta prima che cessi la reazione dello zucchero nell'urina, ma talvolta persiste più a lungo e dà la reazione col bleu di metilene quando l'urina è priva di zucchero. Col sangue normale il bleu di metilene non si riduce, anche dopo un'abbondante alimentazione di idrati di carbonio. E poichè aggiungendo una soluzione di zucchero d'uva al sangue normale si ha prontamente la riduzione, e lo stesso effetto si ha con l'urina contenente zucchero, secondo il metodo di Fröhlich, si è autorizzati, dice il Müller, a ritenere che la reazione di Williamson è dovuta in prima linea allo zucchero che sta in sospensione nel siero di sangue dei diabetici. Ma che nel sangue, oltre allo zucchero, esista un'altra sostanza riducente, si rileva dall'osservazione che 40 cmc. di sangue normale, contenenti 0,04 0,06 mg. di zucchero e 20 cmc. dello stesso sangue, a cui si è aggiunta tanta soluzione di zucchero da contenerne la stessa

quantità, riducono in 3-5 minuti 1 cmc. di soluzione alcalina di bleu di metilene, mentre lo stesso risultato si ottiene con 120 cmc. di soluzione di zucchero d'uva 0, 1 0[0, contenenti 0,12 mg. di zucchero.

Lo stesso ha trovato Loewy, e quindi è esatta la conchiusione dei fisiologi (Pavy), secondo cui il sangue, anche dopo aver perduto lo zucchero, che conteneva, conserva sempre un certo grado di potere riduttivo.

Di che natura sia questa sostanza riducente non si può desumere dagli esperimenti finora fatti; pare però che essa non sia legata agli elementi morfologici del sangue.

Dal lato clinico la reazione di Williamson è un mezzo pregevole per stabilire la diagnosi di diabete, specie nei casi di coma diabetico quando per qualsiasi ragione non è possibile avere dell'urina.

BIBLIOGRAFIA

Reazione di Bremer.—Bremer, *Centralbl. f. inn Med.*, n. 49, 1894; *The med. News*, febbraro 9, 1895; *New-York med. Journ.*, 7, 1896; *Centralbl. f, inn. med.*, n. 22, 1897; *New-York med. Journ.*, 13, 1897. — Lépine e Lyonnet, *Lyon mèd.*, n. 23, 1896.— Patella e Mori, *Gazz. degli ospedali*, 1896. — Marie e Le Goff, *Bull. et mèm. d. la soc. med. d. hôpit. de Paris*, n. 16, 1897. — Le Goff, Monographie sur une rèaction etc., Paris 1897.—Eichner e Völkel, *Wien. klin. Woch.*, n. 46, 1897.—Loewy, *Fortschr. d. med.*, n. 5, 1898; *Centralbl. f. inn. med.*, n. 45, 1894.—Nardi, *Boll. delle Scienze med.*, 1898. —Futscher, *Philadelpia med. Journ.* I, 1898.— Hartwig, *Deut. Arch. f. klin. Med.* 1899.—Schneider, *Münch. med. Woch.* n. 25, 1899.

Reazione di Williamson.—Williamson, Eine leichte Methode das Blut etc.—Le Goff, Sur certains reactions ecc. Paris 1897.— Lyonnet, *Lyon mèd.* n. 1-4, 1897. — Baduel-Catellani, *Settimana medica*, n. 10, 1898. — Loewy, *Deut. med. Woch.* n. 222, 1897. — Goldscheider, Klin. Erfahr. über Diab. mell. Jena 1899. — Fröhlich, *Centralbl. f. inn. Med.* n. 4, 1898.—Müller, *Münch. med. Woch.* n. 25, 1899.

FORMULARIO

Warrens. **— Nelle emorragie e nelle emottisi**

Acido solforico diluito. . . . . gr. 15-20
Olio di trementina rettificato } ana » 15
Spirito }

Mischia e dà in vetro ben chiuso.

Ogni ora 20-40 gocce in acqua zuccherata.

Saenfer. **— Nella tosse dei tisici**

Estratto fluido di *hidrastis canadensis* } ana gr. 20
Estratto fluido di segala }

Prima dei pasti 5 volte al giorno XXX-XL gocce in un po' d'acqua.

Pomata contro i dolori dei tubercolosi

Vaselina } . . . ana gr. 15
Lanolina }
Salicilato di metile . . . . . . » 5
Guaiacolo . . . . » 5

Si può aggiungere:

Estratto di belladonna. . . . ctgr. 20
Estratto tebaico . . . . . . » 25

NOTIZIE E VARIETÁ

Come sono pagati i medici in America

Un giornale di New-York dà alcuni particolari sulla liberalità della quale dànno prova i milionari americani nella retribuzione dei loro medici. Un medico celebre della città ha ricevuto 87 mila dollari per aver curato per 2 anni la figlia di un ricchissimo americano. Un altro medico guadagnò 60 mila dollari per avere accompagnato un suo cliente ammalato in un viaggio che durò circa 6 mesi. In generale una piccola operazione, tra le più semplici e comuni, che può essere eseguita da qualunque medico, è pagata 2 mila dollari. Uno specialista per le malattie d'orecchie si è fatto pagare per recarsi da New-York a San Paolo 5 mila dollari: e un altro suo collega 25 per recarsi da Filadelfia a S. Francisco.

La dicotomia agli Stati-Uniti

Recentemente a proposito di una discussione sollevata dal Morgan Vance, tutti i medici sono stati unanimi a condannare la divisione degli *onorarii* tra medici e specialisti. Quest'uso è molto più sparso nell'Est che nell'Ovest degli Stati Uniti.

CONCORSI E CONDOTTE

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Messina. Dal Ministero dell'Interno è stato bandito il concorso ad un posto di medico di porto. Stipendio annuo L. 2800. Scadenza 15 luglio 1899.

Sozzago. (Novara). Medico-chirurgo condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 15 luglio.

Molta Camastra. Concorso alla condotta medico-chirurgica per 2 anni. Stipendio annuo L. 1600. Scadenza 15 luglio.

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 35 anni di età.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Rarlamento 56 - Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

PER LA SFIGMOMANOMETRIA CLINICA

Nelle arterie possiamo considerare una pressione totale, una pressione laterale, una pressione media.

La pressione totale è quella che la corrente sanguigna dell'arteria eserciterebbe contro un ostacolo che improvvisamente occludesse il lume vasale. Essa risulta del carico di pressione e del carico di velocità: ossia della pressione che serve a vincere tutte le resistenze poste al disotto del punto esaminato, e che si esercita quindi in tutti i sensi e perciò anche contro le pareti vasali: e della pressione prodotta dalla forza viva della massa di sangue circolante e che si esercita quindi solo nel senso della direzione della corrente.

La pressione laterale è quella che si esercita sulle pareti vasali dall'interno all'esterno, corrisponde quindi al carico di pressione ossia a quella parte di pressione totale che serve a vincere le resistenze opposte dalle pareti dei vasi alla progressione del sangue.

Tanto la pressione totale che la laterale subiscono delle oscillazioni che hanno un massimo durante la sistole cardiaca ed un minimo durante la diastole, tra i quali si può considerare anche una pressione media come media di tutti i valori sistolici e diastolici.

In teoria, e solo approssimativamente in pratica, si stabilisce anche una pressione arteriosa media, che si ottiene prendendo la media di tutti i dati forniti dal chimografo in un dato lasso di tempo, e corrisponde alla pressione arteriosa laterale media del vaso da cui si distacca la branca alla quale è innestato il chimografo.

Prima di Vierordt (1855) non esisteva la sfigmomanometria clinica. Si sapeva misurare la pressione sanguigna soltanto introducendo delle cannule in un'arteria aperta: il metodo non era quindi applicabile all'uomo che in occasione di certe operazioni chirurgiche (amputazioni) e in condizioni più o meno lontane dalle fisiologiche.

Il Vierordt pensò di misurare indirettamente la pressione del sangue in un'arteria, desumendola dal peso di cui occorre caricarla per sopprimerne le pulsazioni.

Più tardi (1875) Kries nel laboratorio di Ludwig determinava la pressione nei capillari sanguigni della pelle, cercando quale fosse la pressione minima capace d'impedire la circolazione del sangue nei capillari d'una regione determinata della pelle, generalmente l'estremità delle dita.

Quasi contemporaneamente (1876) von Basch costruì uno strumento che per la semplicità e facilità di applicazione si è molto diffuso nelle cliniche. Con un ditale di gomma ripieno d'acqua, che funziona da bottone compressore e comunica mediante un tubicino di gomma con un manometro aneroide, si esercita una compressione sull'arteria radiale o sulla temporale. Quando l'indice applicato in sotto del punto compresso non risente più le pulsazioni dell'arteria, la pressione esterna indicata dal manometro farebbe, secondo von Basch, equilibrio alla pressione interna.

Il Potain ha leggermente modificato quest'apparecchio, intercalando nel tubicino di gomma un tubo a T che nell'estremo inferiore libero porta un rubinetto, cui si può innestare una pera di caoutchouc mediante la quale si può insufflare aria nel tubo e nel ditale di gomma distendendoli e facendo così a meno di riempire d'acqua il ditale.

Non ostante i perfezionamenti arrecati all'istrumento di Basch dal Potain e dal Robinowitz, esso resta un apparecchio al quale molte critiche si possono muovere. Lo spessore del pannicolo adiposo, lo sviluppo delle masse muscolari, la tensione delle fasce aponevrotiche soprastanti all'arteria esplorata, le alterazioni dell'elasticità delle pareti arteriose, il facile stabilirsi del polso ricorrente e spesso anche la conformazione dell'osso sottostante all'arteria rendendo più o meno difficile la compressione rendono abbastanza poco esatti i risultati forniti dallo sfigmomanometro di Basch, che potrebbe solo valere quando si tratti di valutare approssimativamente le oscillazioni della pressione in uno stesso individuo. E si intende bene, per il modo come l'apparecchio si applica, che esso serve soltanto a misurare la pressione totale arteriosa sistolica della radiale e della temporale.

Marey (1876-78) pensò di esercitare una contropressione esterna variabile non su di un punto limitato di un'arteria, ma sull'intera superficie di un'estremità del corpo. Scelse lo avambraccio che introdusse in un manicotto chiuso da un anello di gomma riempito d'acqua sotto pressione facilmente variabile, e messo in comunicazione con un manometro scrivente che dava per tal modo il tracciato delle pulsazioni totalizzate di tutte le arterie dell'avambraccio. Aumentando progressivamente la pres-

sione idrostatica nell'interno del manicotto, in un primo periodo aumenta l'ampiezza delle pulsazioni, in un secondo diminuisce fino a scomparire del tutto.

Per rendere più agevole l' applicazione del suo metodo il Marey in seguito si limitò ad agire su di un semplice dito della mano, e per rendere ben visibili le pulsazioni delle arterie del dito si avvalse di un manometro a mercurio del diametro di 1|3 di mm., limitandosi a leggere sulla scala i valori massimi e minimi delle escursioni sfigmiche. Stabilì quindi che nel momento in cui sono più ampie le oscillazioni della colonna di mercurio, i vasi della parte immersa sono interamente rilasciati e le loro pareti fluttuanti, per così dire, tra la pressione interna del sangue e la pressione esterna dell'acqua.

In questo momento la pressione del sangue agisce come se fosse direttamente applicata al manometro. Ciò è quanto dire, dice il Luciani, che allora si ha la vera misura della pressione laterale che il sangue esercita sulle arterie del dito. Infatti allora le pareti arteriose debbono trovarsi allo stato di equilibrio elastico, essendo la forza interna che tende a distenderle, perfettamente controbilanciata dalla forza esterna che tende a deprimerle.

Gli studi del Marey sono stati continuati e svolti dal Mosso (1895). Questi col suo sfigmanometro pratica la compressione su quattro dita per avere le pulsazioni totalizzate di un maggior numero di arterie per poi averne il tracciato con un manometro a mercurio. Due tubi di metallo, aperti ai capi e comunicanti tra di loro, portano ai loro capi aperti ermeticamente fissati quattro diti di guanto di gomma elastica, che si applicano esattamente attorno alle dita dell' individuo che si sottopone all' esperienza e che tiene le mani fissate in una posizione costante per mezzo di due sostegni. La cavità interna dei tubi comunica inferiormente con uno stantuffo a vite, che può stabilire una pressione qualsiasi attorno alle dita del paziente per mezzo dell'acqua di cui sono riempiti i tubi e lo stantuffo.

Una boccetta ripiena d'acqua, in comunicazione pure coi tubi di metallo, permette per mezzo di apposita chiavetta di riempire d'acqua lo sfigmomanometro, e comunica pure con un manometro a mercurio, il quale segna sopra un'apposita scala graduata la pressione a cui sono sottoposte le dita del paziente nello interno dei tubi e le oscillazioni del polso, che possono anche essere scritte da un galleggiante su di un cilindro affumicato.

L'apparecchio del Mosso realizza le stesse condizioni dello sfigmoscopio di Marey e serve quindi anch' esso a determinare la pressione arteriosa laterale.

Hürthle (1896) ripigliando il primitivo metodo di Marey l' ha modificato in modo da poter avere un'osservazione continuata, senza necessità di variare la contropressione inizialmente esercitata sull' avambraccio. Egli anemizza con la fascia di Esmarch una delle estremità superiori fino a metà del braccio. Applica in questo punto un laccio ed introduce l'estremità anemizzata fino a metà dell'avambraccio in un cilindro di vetro fissato all'arto con apparecchio di chiusura a perfetta tenuta e comunicante da un lato con un vaso a pressione, dall'altro col suo manometro a molla scrivente. Riempito il cilindro, e tolta la comunicazione col vaso a pressione, si toglie il laccio; allora il sangue arterioso penetra nell'arto, spingendo una parte dell' acqua verso il manometro che scrive una pressione evidentemente eguale a quella esercitata dal sangue che penetra nelle arterie. Hürthle ritiene che il suo apparecchio dia il valore non della semplice pressione laterale, ma della pressione totale arteriosa, quale si avrebbe se la massima arteria dell'avambraccio fosse aperta e congiunta direttamente col manometro. Il Luciani però obbietta che il manometro a molla, permettendo solo lievissime escursioni, non fa ristabilire interamente la circolazione nei vasi dell'arto.

D'altronde con la fascia di Esmarch non si riesce ad obliterare così completamente tutti i vasi dell' avambraccio, da interrompere la circolazione anche nello spazio interosseo che dalle robuste aponevrosi, che lo limitano, è protetto contro l' azione di pressioni anche molto alte. Il Luciani quindi ritiene più probabile che lo strumento di Hürthle registri il solo carico di pressione, che in verità non ha lo stesso valore della pressione laterale del sangue circolante nei vasi dell' avambraccio, ma è accresciuta in proporzione del restringimento subito dall' alveo circolatorio della massima parte dei tessuti della regione esplorata.

Il Riva-Rocci (1896) ha ideato un altro sfigmomanometro col quale si può misurare la pressione totale e la pressione laterale. Un anello di gomma, reso inestensibile da un rivestimento di tela, è destinato ad essere applicato attorno al braccio ed insufflato d'aria, per mezzo di un comune Richardson, finchè scompare il polso della radiale o si hanno le pulsazioni più ampie, secondo che si vuole misurare la pressione totale o solo la pressione laterale. L'anello di gomma comunica con un barometro aneroide, che è stato poi sostituito con un manometro a mercurio, su cui si può direttamente leggere il valore della pressione.

L'apparecchio del Riva-Rocci, specie nel suo primo tipo col manometro aneroide, è molto comodo per gli usi clinici è dà valori anche molto esatti. Con esso è eliminato il pericolo del polso ricorrente perchè, compressa l'omerale, saranno evidentemente occluse tutte le altre vie vasali inferiori e non vi è quindi modo come il polso potesse tornare dalla periferia; è eliminata la resistenza che oppongono allo schiacciamento le fasce e i tessuti che stanno al di sotto dell'arteria e le particolari conformazioni dell'osso su cui poggia, perchè tenendo l'avambraccio in flessione tutti

i tessuti del braccio si rilasciano ed inoltre la direzione della compressione essendo centripeta fa distendere anzichè tendere le fasce aponevrotiche e i tessuti molli, che stanno al di sopra dell'arteria.

In questi ultimi giorni finalmente il Gärtner presentava all'associazione dei medici di Vienna un nuovo apparecchio per misurare la pressione del sangue, che egli chiama *tonometro*, e che consiste essenzialmente in un anello pneumatico che si applica ad un dito della mano e mediante il quale si può esercitare una compressione fino a rendere ischemica la parte. Un manometro aneroide od a mercurio, messo in comunicazione con l'anello dà in millimetri il valore della pressione sanguigna totale.

Quale di questi apparecchi è il buono?

Bisogna anzi tutto riconoscere, ed è facile ammetterlo, che nessuno di essi può dare il valore matematicamente esatto della pressione sanguigna: si tratta sempre di valori approssimativi.

Degli strumenti descritti alcuni dànno solo la misura della pressione laterale o della pressione totale; alcuni l'una e l'altra. Tutti lasciano campo a qualche appunto, ma forse il migliore di essi ed il più comodo è quello del Riva-Rocci.

Nel confrontare questi apparecchi bisogna procedere con molto discernimento. Essi quasi tutti agiscono su campi vascolari differenti (temporale, omerale, radiale, arterie laterali delle dita): sarebbe quindi assurdo pretendere una uniformità di risultati. È questo l'errore in cui è occorso il Colombo paragonando lo sfigmomanometro di Basch con quello di Mosso, applicando l'uno sull'arteria temporale, l'altro sulle dita; oltre a cadere nell'altro appunto che con l'apparecchio di Basch egli prendeva la pressione totale, mentre con quello di Mosso non poteva avere che la sola pressione laterale.

BIBLIOGRAFIA

Vierordt. Die Lehre von Arterienpuls 1855. Basch. *Wiener medicinische Jahrbücher* 1876 e *Zeitschrift für klinische Medicin*, Bd II H. 1. — Potain. *Archives de Physiologie* 1889. — Kries. Bericht v. Sächs; *Geselleschaft d. Wiessenschaften* 1875.—Marey. Travaux du laboratoire 1875-78. Mosso. *Archives italiennes de Biologie* 1895. — Hürhtle. *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1896. — Riva-Rocci. *Gazzetta medica di Torino* 1896 e 1899. — Milian. *La Presse mèdicale*, 1899. — Luciani. Fisiologia dell'uomo 1898-99. Colombo. *Giornale della R. Accademia di medicina* di Torino 1899. — Gärtner. *K.K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*. 1899.

LEZIONI ORIGINALI

Clinica traumatologica della R. Univ. di Napoli diretta dal prof. A. DI GIACOMO

PROLUSIONE AL CORSO UFFICIALE

(*Cont. e fine*)

In principio vi ho narrato la storia dello insegnamento della traumatologia presso di noi e come anche dopo la creazione della cattedra speciale, esso si riducesse soltanto a poche lezioni cliniche ristrette ad un solo studio privato. E non sarei smentito se vi dicessi che un tale stato di cose esiste anche presso la maggior parte delle università italiane e straniere.

Intanto non vi è chi non veda la necessità di una scuola completa in tutte le sue parti per una branca che oramai è divenuta di primaria importanza.

Questa necessità è fortemente sentita non solo dagli studenti ma anche dai professori.

Qualche professore universitario di buona volontà, là dove manca l'insegnamento privato ed un insegnamento ufficiale speciale, ha cercato di sopperire con corsi pareggiati. Così da qualche anno, l'illustre professore Tansini della università di Palermo, fa un corso pareggiato di clinica traumatologica, ed i giovani accorrono numerosi e ne ricavano grande profitto.

Questo per i giovani studenti, ma è utile per il progresso della scienza e della pratica chirurgica che ci sia un insegnamento completo di traumatologia?

Qualcuno potrebbe rispondere, che senza la scuola da noi lamentata, il progresso si è compiuto, lo stesso, ed i giovani chirurgi degli ospedali applicano con ardimento e successo la nuova chirurgia operativa ai casi più gravi di lesioni violente.

Lascio da parte quanto vi può essere d'ignorante ed illogico in una tale risposta e discuto di altro.

La scuola è una necessità assoluta per dare gli elementi di ogni dottrina, non per creare la dottrina stessa: è la sorgente del continuo progresso non il progresso stesso; ed è così per tutte le branche dello scibile umano. E' certo che presso di noi all'infuori dei chirurgi degli ospedali dei Pellegrini e di Loreto, e di quei chirurgi dell'ospedale degli Incurabili che fanno il servizio della sala speciale delle

lesioni violente, gli altri giovani chirurgi hanno apprese queste lesioni nella loro pratica giornaliera ed applicando le loro nozioni teoriche. Ed i medici di provincia figli della nostra università hanno essi ed avranno mai i casi frequenti per fare questa pratica, e, dato un caso urgente e di difficile diagnosi e cura, hanno vicini i loro maestri per attingerne consiglio e riceverne aiuto? E diciamolo francamente, prima di arrivare ad essere chirurgi dei Pellegrini, di Loreto o degli Incurabili, avevamo noi una nozione pratica qualsiasi anche delle più volgari tra le lesioni violente? E vi par giusto che i chirurgi acquistino queste nozioni pratiche nel momento in cui debbono osservare e curare i loro infermi?

Quali gravi inconvenienti genera tutto questo?

In provincia la convinzione del pubblico, basata sopra molte tradizionali prove, che i chirurgi locali, in generale, non sappiano non pur curare, ma riconoscere bene talune lesioni violente, e nella nostra città e negli ospedali un pericoloso periodo di tirocinio dei giovani chirurgi.

E non è tutto! I progressi della moderna chirurgia operativa c'inducono ad ardimentosi attacchi operatorii, specialmente nelle lesioni degli organi cavitarii del petto e dello addome. Or bene sta nella coscienza di tutti noi, che queste operazioni siano sempre guidate da un sano criterio clinico e più ancora, nell' atto operativo, da una tecnica rigorosa appresa nella scuola? Certo che no, ed accade che spesso si esagera nell'operare, e d'altra parte di frequente ad ogni atto operativo, che è niente altro se non una delle tante applicazioni dei ritrovati della scienza e della pratica chirurgica moderna, si grida alla scoperta ed alla invenzione, con grave discredito della serietà della nostra scuola.

Ogni giovane chirurgo nel primo ferito degli organi addominali o toracici che gli capita nell'ospedale o nella pratica, si trova inanzi ad un caso nuovo ed a dovere impiegare una tecnica chirurgica che non conosce, e spesso apprende per la prima volta sul vivente, come in uno esperimento *in corpore vili*.

Questa è la verità per quanto spiacevole, ed è debito di coscienze oneste il rilevarla. Certo i nostri giovani chirurgi, naturalmente svelti ed intraprendenti, si formano subito un giusto concetto della lesione e creano la tecnica operatoria da applicare; ma vi par cosa savia che si stia a creare ogni giorno cose vecchie, che dovrebbero essere oggetto di una scuola elementare, e pare a tutti voi, che, continuando nel vecchio sistema, non si vada mai incontro a gravi inconvenienti, nei quali entra in giuoco la vita del nostro simile?

L' anatomia patologica e la sintomatologia delle malattie degli organi del petto e dello addome, che ora capitano sotto il coltello del chirurgo, si fa completamente nella scuola di anatomia e di patologia, e la tecnica operatoria corrispondente come altrove, si apprende largamente nelle nostre scuole cliniche; ma è lo stesso per l'anatomia patologica, la sintomatologia e la tecnica operativa delle lesioni violenti di queste parti del corpo?

Aprire il torace per curare un empiema od una caverna pulmonale, non è lo stesso che aprirlo per una lesione recente che abbia interessato per es. il diaframma, il pulmone od il cuore.

La laparotomia per estirpare una porzione d'intestino affetto da carcinoma, o per estirpare un grosso tumore dell'ovaia o dell'utero non ha che fare con la laparotomia che si pratica per una ferita delle intestina o della vescica o magari dello stesso utero.

Estirpare un rene idronefrotico od invaso da un neoplasma, non è lo stesso che trattare un rene normale ferito ed estirparlo se occorre.

Ci saranno delle analogie tra le rispettive operazioni sui diversi organi cavitari, ma la tecnica chirurgica è essenzialmente diversa.

Se l' anatomia patologica vi dà la nozione di una enorme cisti ovarica o di un grosso miofibroma interstiziale dell'utero, e vi mette in grado di concepire e comprendere la tecnica operativa che vedete applicare sulle inferme, si fa in scuola una qualunque dimostrazione per insegnare ai giovani l'anatomia e la tecnica operativa corrispondente alle lesioni violente degli organi della cavità del petto e dello addome che per sopraggiunta si possono creare a volontà sul cadavere?

E lo stesso vale per le lesioni violente del cranio o della rachide. Ecco la necessità oggi, non più soltanto per le fratture, per le lussazioni e per le ferite del collo etc., ma anche per le lesioni violente di quasi tutti gli organi piu importanti, che ci sia un insegnamento speciale di patologia e con questo si apprenda veramente la nozione esatta della lesione ed anche il metodo operativo schematico, che deve

guidare i primi passi del giovane e facilitarlo nell'applicazione della sua arte ai casi difficili che gli si pareranno innanzi e forse fin dal primo giorno della sua carriera, perchè *si ars longa, vita brevis, occasio praeceps.*

Lo insegnamento della traumatologia per essere completo e veramente utile deve dividersi in due parti, cioè in quello della patologia dimostrativa e sperimentale sul cadavere e quando occorre anche sugli animali, e nello insegnamento clinico.

Le lezioni di patologia debbono essere trattate con esatte e complete dimostrazioni e con esperimenti sul cadavere.

Per le fratture e le lussazioni deve precedere la dimostrazione anatomica dell' osso e della articolazione in esame, seguita dalla produzione sperimentale della lesione traumatica, con la dimostrazione consecutiva del focolaio di frattura e della lussazione. Questo studio deve essere metodico e completo per tutte le fratture e le lussazioni, e non vi è chi non ne comprenda la capitale importanza. E' così soltanto che il giovane può studiare e convincersi con facilità del meccanismo di produzione delle fratture e delle lussazioni ed in tutte le più svariate forme, facendosi una idea esatta dei sintomi che le accompagnano.

In tal modo si stabilirà nella sua mente una nozione esatta e completa di queste lesioni, e basteranno pochi casi clinici, bene dimostrati, perchè egli si metta in condizione di riconoscere una qualunque frattura o lussazione, senza strazii inutili e dannosi ai poveri pazienti.

Lo stesso metodo deve seguirsi nello studio dei meccanismi di riduzione delle lussazioni e di giusta posizione delle ossa fratturate con l'applicazione di convenienti apparecchi.

E' sul cadavere che il chirurgo può convincersi della bontà di un meccanismo di riduzione e ricavarne tale una nozione, che gli renderà agevole assai il suo compito sui pazienti.

Il modo di applicare il più semplice apparecchio per frattura onde ricavarne l' effetto desiderato, si apprende male sul vivo, mentre deve essere studiato in tutti i suoi più minuti particolari sul cadavere, se si vogliono evitare effetti dannosi nella pratica, dovuti alla inesperienza del chirurgo, il quale spesso, di un apparecchio per frattura non conosce altro che il modo di applicare una fasciatura comune e quello di ottenerne la solidificazione.

A maggiore ragione è sul cadavere che si debbono studiare i modi di azione di alcuni apparecchi speciali.

In fine è di capitale importanza lo studio sperimentale sul cadavere delle fratture e lussazioni complicate, delle loro varie forme e del trattamento operativo corrispondente.

Le ferite debbono essere studiate per regioni e secondo la loro qualità. Deve sempre precedere la dimostrazione anatomica della regione, seguita poi dalla produzione della ferita con lo studio della stessa e della cura chirurgica da applicare.

Si comprende che nel teatro anatomico non si potranno riprodurre tutti i sintomi di una ferita e spesso i più gravi; ma questi sono studiati in clinica, e d'altronde, quando le ferite saranno state minutamente studiate sul cadavere, riuscirà facile, in mancanza anche del caso clinico, immaginare il resto. Se la tecnica operatoria di una ovariotomia o di una isterectomia si studia soltanto in clinica, salvo il caso raro di avere sul tavolo anatomico uno di questi tumori, è chiaro che noi potremo sempre produrre una ferita del rene, della vescica, dello stomaco e via dicendo, e produrla in tutte le maniere possibili, per studiarne poi tranquillamente sul cadavere la tecnica operatoria.

I casi che si avranno in clinica saranno sempre nuovi; ma lo studio schematico fatto sul cadavere varrà a farci orizzontare subito sul vivente. Non sarà certo di poca utilità per gli studenti ed i giovani medici il ricordo anatomico grossolano di certi organi, che ora per lesioni violente, capitano frequentemente sotto il coltello del chirurgo.

Basta enunciare un tale metodo di studio per comprenderne tutta la importanza. Studiando così le ferite degli organi cavitari non vedrete rinnovarsi sul tavolo di operazione delle scene poco edificanti: si eviteranno probabilmente molte operazioni inutili, dovute ad inesatto giudizio, e per quelle veramente necessarie si darà il fondamento di una nozione scientifica e pratica tale, da mettere ogni modesto chirurgo in condizione di compiere il proprio dovere su di un ferito, con scienza e buona coscienza.

Va da sè che gli studenti non potranno vedere in clinica tutte le lussazioni che possono occorrere nella pratica; ma quando essi entreranno nello studio clinico con le nozioni di

patologia dimostrativa e sperimentale apprese, come ho innanzi detto, basterà che osservino poche fratture e lussazioni sui pazienti, per sentirsi sicuri di poterle riconoscere e curare tutte nel loro esercizio pratico.

Raramente ed in pochi casi gli studenti potranno osservare ed assistere alle operazioni che occorrono in casi gravi di ferite del collo o di altre regioni importanti e degli organi cavitarii; ma quando lo studio di patologia dimostrativa e sperimentale sul cadavere, accoppiato alla tecnica operatoria eseguita sui casi forniti dallo esperimento, sarà completo, allora riuscirà facile orizzontarsi innanzi a tutte le varietà di ferite che loro occorreranno nella pratica.

Per apprendere la tecnica operatoria sarà necessaria non solo la dimostrazione fatta dal professore, ma anche e più che i giovani si esercitino sul cadavere sotto la guida del maestro, così come si fa nei comuni esercizii di medicina operatoria.

Gli esercizii di medicina operatoria elementare avranno già preparato gli studenti alla esecuzione delle complicate operazioni che spesso occorrono nelle ferite.

La nostra scuola di medicina operatoria, fondata dall'illustre prof. Gallozzi e sostenuta con tanto valore dall'illustre professore Frusci e da una pleiade di valorosi giovani ha dato e dà sempre ottimi risultati: ma oggi che il campo dell'azione chirurgica sulle lesioni violente si è reso sì vasto, occorre insegnare nel teatro anatomico anche la tecnica di operazioni più complesse, che al giovane può capitare di dover eseguire il giorno dopo la laurea creandogli una somma enorme di responsabilità.

Eccovi tracciato in breve, col metodo dello insegnamento, il programma che io intendo svolgere nei miei corsi di traumatologia.

Io però non ho trovato nè un gabinetto scientifico nè una clinica, con tutto quello che occorre per le esigenze di uno insegnamento tanto importante, e non ho per il momento neppure il personale di aiuto.

Nel reparto speciale dell'ospedale degl'Incurabili si ricoverano le ammalate a solo scopo di beneficenza e non per servire allo insegnamento, perciò tutto quello che esorbita sulla beneficenza dovrà crearlo con mezzi personali.

Eccovi le ragioni per le quali in questo anno io dovrò accontentarmi di dettare soltanto lezioni di clinica traumatologica. Queste però, se ancora non saranno corredate di tutti i mezzi scientifici moderni, non riusciranno inutili alla vostra pratica, tenendo conto del gran numero d'infermi che potrete esaminare. La statistica degli ultimi otto anni di esercizio del reparto delle lesioni violente degl'Incurabili pubblicata dai miei egregi assistenti, e che si riferisce a più di tremila infermi, vi assicura che il materiale clinico di osservazione sarà molto ricco.

Sarà mio compito l'apprestare in questo anno i mezzi necessarii per lo insegnamento della patologia dimostrativa e sperimentale delle lesioni violente. E' mio profondo convincimento che la cattedra di traumatologia trarrà la sua vera importanza appunto dall'insegnamento della patologia dimostrativa e sperimentale e questo insegnamento mi auguro di potervi svolgere l'anno prossimo, corredandolo di tutte le dimostrazioni scientifiche, che rispondono al progresso dei tempi e più riescono utili al vostro avvenire.

Quando la scuola di traumatologia sarà completa, son certo che anche gli scettici, sull'utilità di questo insegnamento si ricrederanno e la nostra scuola chirurgica se ne avvantaggerà non poco.

Più che sul mio ingegno scientifico nello svolgimento del programma, io fo completo e sicuro assegnamento sulla buona volontà che non mi verrà mai meno, Mi affido inoltre all'aiuto morale della Facoltà medica, che son sicuro, non mi mancherà quando si sarà toccata con mano la utilità del nostro insegnamento.

Di un altro però e più potente aiuto ho bisogno, voglio dire della benevolenza della gioventù studiosa. Essa darà ardimento al mio animo per compiere il dovere cui mi chiama il nuovo posto. E voi, giovani valorosi non me la negherete, perchè da oltre un ventennio siamo uniti da vincoli di affetto e di stima.

RIVISTA DI CLINICHE

II. CLINICA MEDICA DI VIENNA
prof. Neusser

Sullo sfregamento peritoneo-pericardico o pseudo-pericardico — *N. Ortner*

La diagnosi della pericardite fibrinosa si appoggia sopratutto ad un sintomo, lo sfregamento pericardico, il quale tutt' al più potrebbe esser confuso con lo sfregamento pleuro-pericardico od estra-

pericardico, errore che con una sufficiente attenzione può essere evitato nella maggior parte dei casi. Nondimeno ciò deve essere ammesso con certe restrizioni. Nel novembre 1895 morì nella Clinica un infermo ricevuto il giorno prima, dell'età di 32 anni, in cui si era fatta diagnosi di strozzamento intestinale interno acuto, probabilmente da peritonite cronica, e di pericardite fibrinosa. Oltre ai fenomeni obiettivi di completa occlusione intestinale, si sentiva su tutta la regione precordiale un rumore da sfregamento, inspiratorio, rinforzantesi con la pressione, simile al rumore di una locomotiva e che si udiva chiaramente fino nell'ascella sinistra. Questo rumore di sfregamento persistette fino alla morte e fu riguardato sicuramente come sfregamento pericardico. All'autopsia si trovò peritonite incipiente e paralisi del tenue per incarcerazione dell'ileo inferiore. L'addome era enormemente aumentato di volume a causa della grande distensione delle anse intestinali del tenue, ed il diaframma era spostato così in alto, da raggiungere la 4ª costa, ed un'ansa intestinale stava addossata alla volta sinistra del diaframma in corrispondenza del cuore, il quale anch'esso era spostato in alto. La sierosa di quest'ansa era coperta da membrane fibrinose, e tutto il resto del tenue era iperemico, opaco e leggermente scabro alla superficie. Il cuore, il pericardio e le pleure erano normali.

Un'altra inferma presentava segni di litiasi biliare, ripetuti accessi di dolore con febbre ecc.. e fu laparotomizzata, ma si ebbe risultato negativo. Due giorni prima della morte si sentiva in questa inferma su quasi tutta la regione cardiaca un rumore a tipo di locomotiva, più intenso nella parte inferiore dello sterno. Si ammise una pericardite fibrinosa. Alla sezione il cuore, il pericardio e la pleura si trovarono integri, ma il rivestimento sieroso del fegato, della parte vicina del diaframma e dell'intestino era ricoperto di abbondanti depositi fibrinosi. Si trattava di un'atrofia gialla-acuta del fegato.

In un terzo caso esistevano i segni di una cirrosi epatica biliare, accompagnata a nefrite, bronchite diffusa e tubercolosi dell'apice pulmonare destro. Dieci giorni prima della morte si manifestò sulla regione precordiale, ma con massima intensità in corrispondenza del ventricolo destro e della parte inferiore dello sterno, un rumore che aveva i caratteri di rumore di sfregamento. Tenendo presenti i casi di cui avanti fu fatta menzione, si fece diagnosi di peritonite diaframmatica fibrinosa (periepatite sotto-diaframmatica) imitante una pericardite fibrinosa. All'autopsia si trovò infatti che la superficie del lobo sinistro del fegato e la sierosa corrispondente del diaframma erano ricoperte di essudato fibrinoso. La pleura ed il pericardio erano completamente esenti di lesioni infiammatorie.

In un quarto caso si restò durante la vita in dubbio se si trattasse di pericardite fibrinosa recente o di peritonite diaframmatica. Si trattava di un individuo in cui, senza parlare degli altri sintomi, circa 5 ore prima della morte si sentiva sul cuore un rumore prima non percepito, che aveva sede in vicinanza del 3° spazio intercostale di sinistra e sullo sterno; era un rumore dolce che si percepiva tra la sistole e la diastole e si rinforzava nell'acme della inspirazione e con la pressione. All'autopsia si trovarono parecchie ulceri cicatrizzanti o cicatrizzate nel cieco e nel colon con stenosi multiple di queste parti dell'intestino; peritonite generale siero-fibrinosa; degenerazione amiloide del fegato, della milza e dei reni; nefrite cronica; tubercolosi polmonare ecc. La capsula del lobo destro del fegato presentava parecchi ispessimenti fibrosi biancastri ed in due punti un avvallamento; inoltre sulla superficie di entrambi i lobi esistevano abbondanti depositi di fibrina. Nella pleura destra si trovò pochissimo liquido, nella sinistra nulla. Cuore e pericardio normali.

In tutti e quattro casi si trattò dunque di uno sfregamento peritoneale che mentiva uno sfregamento pericardico. Riscontrando la letteratura su questo argomento, pare che esista solamente l'osservazione di Emminghaus, fatta 25 anni fa, ed a cui tutti gli autori si riferiscono. Scheube dice che in rari casi le ineguaglianze del rivestimento peritoneale del diaframma e del fegato, per effetto dei movimenti del cuore possono dar luogo ad un rumore apparentemente di origine pericardica. Analogamente si esprimono Gerhardt, Schrötter e Vierordt. Eichhorst dice che per la diagnosi differenziale è importante in questi casi l'assenza di ogni altro sintomo di pericardite. Il caso di Emminghaus è il seguente: Una donna di 26 anni presentava segni di tubercolosi polmonare bilaterale. In seguito ad una pertosse si manifestò una tubercolosi miliare acuta. Allora si sentiva nella regione del cuore, durante la sistole, un rumore di sfregamento non molto forte, col massimo d'intensità sul margine sternale destro.

Il rumore conservò gli stessi caratteri per tutto il tempo dell'osservazione. All'autopsia si trovarono nel pericardio 200 cmc. di liquido limpido giallo chiaro; del resto nessuna lesione infiammatoria del pericardio. Nel diaframma, in corrispondenza del margine posteriore del fegato, esistevano numerosi noduli tubercolari, che si trovavano anche nel fegato, e depositi di fibrina.

Nella epicrisi Emminghaus faceva osservare che non avendo trovato nel pericardio nulla che spiegasse il rumore di sfregamento, non poteva farsi a meno di riferir questo alla parte di peritoneo limitrofa al cuore, nella quale esistevano le alterazioni cennate, risultando così una varietà di sfregamento peritoneale manifestantesi ritmicamente con l'azione cardiaca. Il suo modo di origine può spiegarsi nel seguente modo. A causa della febbre

l'attività cardiaca è aumentata e la sistole più forte, in modo che uno scuotimento si propaga alle parti vicine del cuore. Dippiù il pericardio conteneva 20 cmc. di liquido e per questo aumento di volume gli scuotimenti durante la sistole erano comunicati più facilmente alle parti posteriori del diaframma dove esistevano quelle ineguaglianze.

Per queste osservazioni si può stabilire che esiste un rumore da sfregamento peritoneale, che ha il ritmo di quello da sfregamento pericardico e merita il nome di peritoneo-pericardico o sfregamento peritoneale pseudo-pericardico, il quale per le particolarità cliniche è molto affine allo sfregamento pericardico genuino, in quanto che ne riproduce il carattere acustico: è ora costituito di 3 tempi, imitando il ritmo della locomotiva, ora é sisto-lico-diastolico. Non riesce mai percepirlo con la palpazione. Al pari del rumore pericardico, lo pseudo-pericardico non segue le singole fasi dell'attività cardiaca, aumenta di intensità alla fine della inspirazione e con la pressione dello stetoscopio. Riguardo alla localizzazione può dirsi che lo sfregamento peritoneale pseudo-pericardico può sentirsi su tutta la regione precordiale, ma con la massima intensità nella parte inferiore dello sterno, sul medesimo od anche a sinistra. Questo è un primo carattere differenziale giacchè lo sfregamento pericardico genuino si percepisce esclusivamente o meglio alla base del cuore. Un altro carattere è riposto nell'etiologia: noi ammetteremo uno sfregamento pseudo-pericardico, quando esiste una peritonite diffusa od un' affezione epatica che abbia dato luogo ad una peripatite fibrinosa.

In conchiusione possiamo dire che talvolta è molto difficile distinguere lo sfregamento pericardico genuino dallo sfregamento peritoneale pseudo-pericardico. Questo si manifesta in seguito a deposizioni fibrinose o sviluppo di tubercoli sul fegato o su intestini che hanno sede immediatamente sotto al diaframma e nella sierosa di questo. Il cuore regola il ritmo di questo sfregamento. Come segni differenziali debbono tenersi presenti la sede di massima intensità del rumore e l'etiologia (*Wiener klinische Wochenschrift,* n. 26, 1899).

PATOLOGIA MEDICA

LA FORMULA EMO-LEUCOCITARIA DELL' ERESIPELA

Da molto tempo s'è constatato che di fronte alle malattie infettive certi individui sono più resistenti degli altri, e si è invocato, per spiegare questo fatto, il grado variabile di fertilità del terreno, sul quale cade il germe della malattia. Oggi l'ufficio dei fagociti del sangue e dei tessuti nella lotta contro gli agenti figurati ed i veleni è conosciuto nelle sue grandi linee, e la questione della natura del terreno può essere rischiarata precisamente con lo studio del numero, dei caratteri, delle proprietà di queste unità cellulari, leucociti e fagociti, nel corso ed evoluzione delle malattie infettive. Il sangue offre, da questo punto di vista, un campo comodo di osservazione, poichè permette delle costatazioni anatomo patologiche sul vivente.

Chantemesse e Rey hanno recentemente studiato la leucocitosi degli erisipelatosi. Le cause di errore che possono menomare i risultati di un simile studio debbono essere segnalate.

Occorre una certa abilità di tecnica manuale, per la presa e per la diluizione del sangue, per la numerazione degli elementi nella camera umida e sulle preparazioni colorate. Bisogna conoscere lo stato della circolazione periferica, nel punto in cui si prenderà il sangue; infatti, la dilatazione o la contrazione dei piccoli vasi cutanei modificano singolarmente il contenuto leucocitario di un volume di sangue estratto con la puntura. Per esempio: su di una stessa persona, in apparenza sana, si prende, a due minuti d' intervallo, del sangue da un dito che è stato immerso nell' acqua calda a 40° e da un altro che è stato raffreddato con una compressa imbevuta d'etere; i risultati della numerazione totale dei leucociti e le proporzioni relative dei diversi elementi bianchi sono differenti. Il ristringimento vascolare periferico ha per effetto, non la modificazione della proporzione relativa degli elementi bianchi del sangue, ma di fare abbassare in apparenza nell'unità di volume il loro numero totale. Questo risultato può essere attribuito alla diminuzione dello strato leucocitario che tapezza la faccia interna dei vasi, strato poco mobile, che si trova, per la contrazione vascolare, ricondotto verso la corrente rapida e più centrale delle emazie, e che, mescolato intimamente ad essa, appare come diluito. La conclusione è che i risultati di una numerazione totale alla camera umida non possono essere paragonabili se non quando la numerazione è praticata in persone, in cui lo stato della circolazione periferica non si allontana molto dalla norma. Il mantenersi delle proporzioni dei diversi globuli bianchi, indipendente dal calibro vascolare, é però un fatto notevole: esso costituisce una base di apprezzamento assai solida per permettere di stabilire la formola emo-leucocitaria negli individui che, per una ragione qualsiasi, presentano delle perturbazioni vaso-motrici periferiche.

Per ovviare alle cause di errore che hanno la loro sorgente nell'ineguaglianza della temperatura dei punti che forniranno il sangue, Chantemesse e Rey hanno l'abitudine di avvolgere, alcuni minuti pria dell'esame, il dito con compresse inzuppate in acqua calda a 40°.

L'evoluzione, la prognosi di una erisipela si giudicano in clinica sovratutto con l'osservazione delle reazioni nervose dell'individuo: la curva termica, lo stato delle forze, lo stato del polso, ecc. Si possono aggiungere a questi segni quelli forniti dall'esame della reazione emo-leucocitaria. Questi ul-

timi sono più precoci e delicati di quelli forniti dalla clinica comune.

Ciò può parere paradossale; ma un esempio può bastare per farne riconoscere la giustezza. In un malato, guarito di un'erisipela, la febbre è caduta, lo stato generale è eccellente, il rossore erisipelatoso è scomparso per dar luogo ad una desquamazione più o meno accentuata. Quali sono in tal caso gli indizi forniti dagli antichi metodi clinici per pronosticare se una nuova erisipela comparirà? Questi indizi non esistono; ora lo studio della formula emo-leucocitaria può dare una risposta decisiva: essa mostrerà in un caso che il sangue del malato non è quello di un uomo guarito, e che tradisce la presenza di una infezione persistente; nell' altro caso dimostrerà che la guarigione sanguigna ha raggiunto il termine e che il processo erisipelatoso è finito.

Il contenuto di leucociti del sangue degli erisipelatosi dev'essere considerato dal punto di vista quantitativo e qualitativo. La numerazione alla camera umida del numero totale dei globuli bianchi contenuti in millimetro cubico di sangue non prende un significato preciso se non quando essa è accompagnata dalla conoscenza delle proporzioni delle diverse varietà di globuli bianchi compresi in questo stesso volume. Questa proporzionalità compresa nella numerazione, fatta a caso, di cento unità, ha maggiore importanza diagnostica e prognostica di ciò che non comporti lo studio della cifra della numerazione totale.

La percentuale non deve limitarsi alla numerazione di uno qualunque dei diversi tipi di globuli bianchi, ma naturalmente deve considerarli tutti, polinucleari, grandi e medi mononucleari, linfociti, eosinofili. La formula si deduce dal numero proporzionale dei diversi tipi d'elementi bianchi ed essa non acquista il suo intiero significato che con il suo confronto con la formula emo-leucocitaria registrata i giorni antecedenti.

Ciò detto, non è da meravigliarsi che l'erisipela, evolvendo con decorso di gravità differente nelle varie età (infanzia, adolescenza, età matura, vecchiezza) presenti una formula sanguigna un po' variabile con le varie tappe della vita. La presenza dei leucociti nel sangue degli infettati è sovratutto funzione del midollo osseo, e si sa che la struttura midollare si modifica con il progresso dell'età.

Questa formula sarà dunque differente nell'adolescente e nel vecchio colpiti da erisipela. Essa regolerà la sua andatura sulla gravità o benignità dei casi, sull'eventualità della guarigione e della morte, sull'evoluzione che conduce alla guarigione, in linea diritta o spezzata, con interruzione di ricadute, ecc.

La prognosi detratta dalla formula emo-leucocitaria non può essere stabilita, dicemmo, che con il confronto di questa formula con quella dei giorni precedenti. Però in maniera generale, la curva che descrive ogni specie di globuli bianchi, affetta nella erisipela un decorso molto regolare.

Vi ha nell'erisipela una concordanza tra lo stato della temperatura e la cifra della leucocitosi considerata nella sua totalità. Nel momento dell'acme febbrile, la leucocitosi raggiunge le cifre più elevate, ed essa si abbassa quando il calore del corpo torna alla norma. Ma questa relazione non ha però caratteri di stretta solidarietà; talvolta i centri termici sembrano pochissimo influenzati, mentre che le condizioni chimiotattiche che regolano l'arrivo dei leucociti si fanno sentire con la stessa energia come ordinariamente; talvolta le reazioni si traducono in una maniera inversa.

L'ispezione dei tracciati mostra che la numerazione dei leucociti ed in particolare la constatazione dell' abbassamento della loro cifra forniscono, per giudicare l'evoluzione della malattia, degl' indizi d' una sensibilità più viva di quelli che dà il termometro.

Le curve delle diverse specie di leucociti, tenendo conto della percentuale, lasciano costatare dei fatti più precisi.

I leucociti polinucleari subiscono, fino alla guarigione, una diminuzione di numero costante, diminuzione che può condurli ad un numero globale inferiore a quello dello stato di salute. Durante il periodo febbrile il numero dei grandi mononucleari non è profondamente modificato; talvolta però aumenta alla vigilia od all'inizio della defervescenza, per ritornare alla cifra normale quando la guarigione è compiuta. La curva, presentata dai linfociti, decorre in senso contrario alla curva dei polinucleari; durante il periodo infettivo propriamente detto, con leucocitosi totale elevata, temperatura febbrile, polinucleari numerosi, i linfociti sono rari nella grande circolazione; al momento della caduta della febbre, e sovratutto quando la guarigione si conferma solidamente, si assiste al loro aumento numerico, mentre che il numero dei polinucleari e dei grandi mononucleari si abbassa. La formula emo-leucocitaria dell'erisipela è in questo momento così caratteristica, che si può, paragonandola a quella dei giorni antecedenti, affermare che la guarigione della malattia è perfetta.

La curva dei mononucleari, intermediari per volume tra i linfociti ed i grandi mononucleari, decorre nello stesso senso di quella dei linfociti; si può dire però che essa la precede un poco. Dopo la comparsa dei grandi mononucleari che appare alla vigilia ed anche al momento della caduta della temperatura, e che dura pochi giorni, le forme intermediarie si accrescono di numero, poi, d'abitudine, cedono il posto ai linfociti, il di cui accumulo fornisce la vera testimonianza della guarigione solida. Quando non si mostrano molto numerose, le forme intermediarie persistono nella maggior quantità nel sangue. Infine gli eosinofili sono in genere assenti durante il periodo febbrile. Essi riappa-

iono nel momento della defervescenza, in grande numero talvolta.

Tale è la formula emo-leucocitaria in un adulto che guarisce di una erisipela di media gravità.

Questa formula è un po' differente nel bambino e nel vecchio.

Nel bambino si nota un aumento della cifra della leucocitosi totale, una elevazione relativa del numero dei polinucleosi, che, però, non raggiungono le cifre osservate nell'adulto; e sovratutto una linfocitosi considerevole durante la convalescenza.

Nel vecchio la cifra della leucocitosi totale non é molto elevata nell' erisipela che evolve normalmente verso la guarigione; però il numero dei polinucleari proporzionalmente lo è molto. La durata di questa polinucleosi è lunga, ma nel vecchio questa persistenza non ha il significato che avrebbe nell' adulto in cui annunzierebbe l' imminenza di una ricaduta.

Dal punto di vista della prognosi dell'erisipela, la formula emo-leucocitaria fornisce degli insegnamenti decisivi. Nei casi gravi, che si avviano verso la morte, due fatti attraggono l'attenzione; l'elevazione della cifra della leucocitosi totale che oltrepassa i 12,000 globuli bianchi per millimetro cubico, e l'eccessiva proporzione dei polinucleari che raggiunge ed oltrepassa il 92 0[0.

Chantemesse e Rey (*La Presse médicale*, n. 52, 1° luglio 1899) non hanno potuto costatare negli ultimi momenti della vita ciò che Courmont e Nicolas avevano visto nella difterite: la diminuzione brusca della leucocitosi totale e sovratutto della polinucleosi nel periodo agonico.

Relativamente alla comparsa delle recidive, la formula emo-leucocitaria dice che l'ascensione brusca della curva dei polinucleari tradisce l' imminenza d'una recidiva, prima che questa sia riconoscibile dal rossore della pelle e dall'elevazione termica.

Nei casi in cui l'erisipela progredisce per migrazioni successive, si hanno pria di qualunque altro fenomeno clinico, degli arresti di discesa regolare della curva dei polinucleari e delle riascensioni di questa curva nelle ore che precedono o che accompagnano la manifestazione locale.

Dall'esame delle curve Chantemesse e Rey concludono che la ricchezza della leucocitosi e sovratutto della polinucleosi è, nell'erisipela, in rapporto diretto della gravità della malattia. Non si può quindi trarre dall' iperleucocitosi, come si fa per le altre infezioni, per la pulmonite per esempio: una prognosi favorevole. Più forte è la proporzione delle tossine nel sangue, più grande è il numero dei globuli bianchi attratti in questo liquido.

Se il risultato di questa invasione fagocitaria non è obbligatoriamente curativo, egli è che la causa della morte nell'erisipela non risiede nell'infezione sanguigna; essa consiste il più spesso nelle lesioni di organi ed, in particolare, nello sviluppo di una **cultura streptococcica intra-cefalo-rachidica.**

Quando questa cultura è realizzata, il microbo agisce direttamente sui centri nervosi con i suoi prodotti di secrezione; l' iperleucocitosi non è più un atto di difesa suprema ed impotente.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell'*Archiv für Hygiene*, fondato da Pettenkofer ed edito da Buchner, Forster ecc., Bd. 35, H. 3 e 4, 1899.

1. K. Basch e Welcninsky. **Sull'eliminazione dei microrganismi dalle ghiandole mammarie attive.** — Dalle loro ricerche risulta che in generale passano nel latte solo quegli agenti morbosi, che sono in grado di produrre nella ghiandola mammaria emorragie o tali alterazioni per le quali viene disturbata la sua struttura normale. In moltissime malattie, anche processi puramente setticoemici, nelle quali il sangue è inondato di germi e questi irrigano per un tempo lungo gli elementi della ghiandola mammaria, viene secreto un latte sterile fino alla morte, magari dopo di questa. Come esempio valga l'infezione carbonchiosa.

I germi infettivi eliminati col latte non debbono considerarsi come prodotto d'eliminazione da parte delle ghiandole, ma sono piuttosto un miscuglio meccanico in conseguenza d' emorragia o di affezioni locali della ghiandola stessa. Che però oltre all'agente debba tenere in considerazione anche la rispettiva specie animale è dimostrato dalle ricerche di Malvolz, il quale potè produrre emorragie nelle pecore francesi col bacillo del carbonchio, non però nelle algerine. La questione perciò se il latte di un animale ammalato sia in grado di trasportare la malattia rispettiva, dev' essere decisa in modo speciale per ogni malattia infettiva per sè, ed anzi per ogni specie di mammiferi.

2. E. Götze. **Doppia filtrazione colla sabbia per la provvista centrale di acqua.** — Descrive il metodo da lui adoperato ed i vantaggi principali della doppia filtrazione.

3. T. Mozuschita. **Sui batterii nella polvere di strada inaffiata e non inaffiata.** — Da queste ricerche si ricava che la quantità dei germi vitali nelle strade inaffiate è maggiore che in quelle non inaffiate venendo queste superate da quelle circa del doppio. Non s'ebbero differenze essenziali riguardo ai germi patogeni per l'uomo, gli stafilococchi, nelle strade non inaffiate ed in quelle inaffiate. Pure il fatto in se, che nella polvere delle strade non inaffiate si costatano parecchie volte stafilococchi non é senza interesse. La percentuale dei batterii che vanno in distruzione nel periodo di 16 giorni sotto l'influenza delle luce solare e del disseccamento è quasi uguale in entrambi i casi. Inoltre i danni, che potrebbero essere prodotti dai batterii presenti in quantità doppia nella polvere inaffiata e che dovrebbero riferirsi alla scomparizione del materiale organico,

restano dietro all' utile sanitario che si ha come conseguenza dell'inaffiamento e che consiste non soltanto nell'abbassamento della temperatura per l'immagazinamento del calore d'evaporazione, necessario all'evaporazione dell'acqua dispersa, ma principalmente nella fissazione della polvere al suolo, colla quale s'ovvia all'origine delle malattie da inalazioni di polveri, come pure di malattie infettive degli organi della respirazione. La cosa sarebbe affatto diversa se invece dell'innaffiamento delle strade avesse luogo dappertutto la lavatura di esse, come si usa nei centri delle grandi città.

4. O. Bail. **Ricerche sull'influenza dei batteri sulle alessine del siero.** — Negli esperimenti concordi di Nissen, Bastin e Denis e Kaisin è dimostrato che l'introduzione di grandi quantità di cellule batteriche, vive o morte nel sistema vasale di un animale diminuisce o annulla l'azione battericida del sangue che viene sottratto dopo.

Nel sangue estravascolare lo stesso fenomeno si palesa col fatto che con una seminazione maggiore non compare più un'azione di alessina. Invece di adoperare grandi quantità di batteri viventi, si possono aggiungere al siero anche i corpi cellulari morti, con che s'ottiene lo stesso risultato. Una contradizione diretta fra i lavori di Nissen da un lato e quello di Bastin e Denys e Kaisin dall'altro sta in ciò, che quegli trovò il sangue alterato dopo l'iniezione batterica inefficace solo per il microrganismo della stessa specie, ciò che gli altri non poterono constatare. Questa contraddizione è spiegata facilmente dalle ricerche di Bail. Per ognuno degli stipiti esaminati di specie batteriche v'ha una certa dose minima di corpi cellulari morti, che solo basta a rendere inefficace una quantità determinata di siero. Questa dose minima designata come valore limite è diversa per le diverse specie e per i diversi stipiti, ed invero è tanto più basso quanto più alto è la forza di resistenza della specie rispettiva verso le alessine del siero. Se si mescolano al siero quantità di cellule morte corrispondenti ai valori limiti di diverse specie e si semina una specie determinata, vivente, questa può in generale crescere solo in quei campioni che contengono i corpi morti dei batteri dello stesso nome. In questo senso l'azione delle cellule morte è specifica e spiega i dati di Nissen. Si può concepire l'influenza reciproca delle alessine e dei batterii così, che cioè entrambi gli elementi, come plasma attivo, agiscono l'uno sull'altro coi mezzi che stanno a loro disposizione finchè gli uni o le altre prendono il sopravvento, onde segue una distruzione completa dei germi oppure un accrescimento non ostacolato. Riguardo ai batteri, in questa lotta contro l'alessina, due momenti vengono in considerazione, cioè le quantità in cui essi pervengono nel siero e la costituzione specifica pel protoplasma batterico. Prova del primo momento è la legge spesso mentovata, che esistono rapporti precisi fra le quantità di distruzione batterica e le grandezze della seminagione; prova del 2° momento è il fatto, che diverse specie, a semina uguale nello stesso siero, vengono attaccati con forza differente. Se al siero s'aggiungono contemporaneamente corpi cellulari morti, questi agiscono colle stesse proprietà sull'alessina, il che si può esprimere colle formole $A=(s+m)+(\varsigma+\mu)$. Questa formola dice che le attività del protoplasma cellulare e del siero cercano di influenzarsi finchè viene raggiunto uno stato d'equilibrio e rappresenta una funzione di due grandezze variabili. Nei due fattori, che sono a destra del segno d'eguaglianza l'uno $s+m$ rappresenta la forza di resistenza dei bacilli viventi, che è inversamente proporzionale al valore battericida, cioè al contenuto alexinico del siero. Il fattore $(\varsigma+\mu)$, che esprime l'influenza delle cellule morte si comporta analogamente.

Negli esperimenti, nei quali la quantità dei bacilli viventi seminati è uguale, il fattore m in $(s+m)$ è costante. Quanto più grande è la forza di resistenza dei bacilli viventi, tanto più piccolo può divenire $(\varsigma+\mu)$. Viceversa coll'aumento della quantità dei corpi batterici, con considerazione della costituzione specifica del loro protoplasma, si può portare all'accrescimento una specie altrimente labile nel siero. In questo senso l'azione specifica dei batteri morti apparentemente qualitativa risulta semplicemente quantitativa.

I risultati di Bastin e Denys e Kaisin differenti da quelli di Nissen si spiegano perchè i primi adoperarono evidentemente nei loro esperimenti quantità maggiori di batterii morti o vivi. Riguardo alla natura dell'influenza delle cellule batteriche morte, non poté venir constatata un'azione enzimatica in favore della quale alcuni fatti sembrarono deformi. La circostanza, che dopo l'allontanamento dei corpi batterici morti colla centrifugazione non ha luogo un ripristinamento degli effetti battericidi e che questa esclusione delle alessine segue quasi istantaneamente, fa conchiudere che ha luogo una combinazione dei plasmi attivi dei corpi cellulari con le sostanze albuminose attive del siero, colle alessine. È probabile che questa combinazione sia molto labile e che già una permanenza a 37° di maggiore durata basti a metter nuovamente in libertà le alessine debolmente fissate e a renderle nuovamente attive.

5. R. Weil **Sulla biologia dei bacilli del carbonchio.**—I bacilli del carbonchio di virulenza normale e con potere considerevole di resistenza formano, a temperature medie ed in un tempo determinato, delle spore, e non poco prima di quel che si è ammesso in base al metodo microscopico di ricerca. La formazione di spore accade a 37°,

35° e 31° nello spazio di 16 ore, a 24° in 36 ore, a 18° in 50 ore. A 12° gl'individui più resistenti dei bacilli del carbonchio sono ancora in grado di formare delle forme durature, quantunque a questa temperatura la formazione di spore non avviene più regolarmente. Le spore formate a 37° posseggono un potere di resistenza maggiore di quelle prodotte a 31°, 24° e 18°; sembra che il massimo della formazione di spore coincide press'a poco con quello dell'accrescimento dei bacilli del carbonchio (37°). Mentre sotto 12° non ha più luogo formazione di spore, le spore formate a temperature di stufa sono in grado di germogliare sino alla forma vegetativa d'accrescimento. I bacilli del carbonchio nel loro stato vegetativo vengono uccisi rapidamente, se esposti a temperature elevate inferiori alla temperatura di ebollizione, e cioè col riscaldamento in brodo muoiono a 80° dopo 1', a 79° dopo 1 1[2', a 78° dopo 2', a 75° dopo 3', a 70° dopo 4', a 65° dopo 5 1[2'. Se i bacilli del carbonchio vengono sottoposti all'influenza dannosa di temperature più basse, essi allora attraversano tre stadii: 1) diminuzione della loro virulenza normale fino ad un grado così basso che i topi, inoculati anche con quantità enormi di bacilli, non ammalano più, pur conservando i detti bacilli la proprietà di bene svilupparsi nei terreni nutritivi artificiali; 2) in questo stadio perdono il loro potere d'accrescimento, però sotto l'influenza favorevole della temperatura di stufa riacquistano quasi il loro potere vitale normale e la loro virulenza; 3) nel 3° stadio i bacilli messi in condizioni favorevoli non sono più in grado di ripigliarsi; sono morti. L'ossigeno atmosferico non esercita alcuna influenza specifica sulla produzione delle forme durature. I bacilli nel carbonchio in terreni nutritivi appropriati (dischi sterili di patata, estratto di grano al 10 0[0, siero solido di sangue di pecora col 25 0[0 di brodo, con zucchero d'uva) formano spore, anche in condizioni anerobiotiche, di virulenza quasi normale. In questi terreni nutritivi anche le spore del carbonchio, originatesi aerobiamente e liberate dalle forme viventi, vegetative col riscaldamento ad 80° per 2', possono in condizioni anerobiotiche germogliare fino a formare delle catene lunghe di bacilli d'aspetto normale.

FORMULARIO

Pouchet. **Formule per l'uso dell'acqua cloroformizzata**

Cloridrato di morfina	gr.	0,02
Acqua cloroformizzata satura . .	»	60
Acqua di fiori di arancio . . .	»	60
Sciroppo semplice	»	30

per una pozione sonnifera.

Bromuro di potassio	»	2-4
Acqua cloroformizzata diluita . .	»	100
Acqua di fiori d'arancio	gr.	30
Sciroppo semplice	»	20

per una pozione antispasmodica ed analgesica.

Mistura di bromoformio cloroformizzato

Bromoformio	gr.	1,20
Cloroformio.	»	0,80
Rhum q. b. per	cm³.	120

per epicrasi.

Questa formula merita di essere notata. Infatti la soluzione di bromoformio nell'alcool precipita in un eccesso d'acqua. Invece la soluzione diventa mescolabile nell'acqua in tutte le proporzioni se vi si addiziona del cloroformio.

Un cucchiaio da caffè contiene:

Bromoformio	gr.	0,05
Cloroformio	»	0,03

un cucchiaio da tavola:

Bromoformio	»	0,15
Cloroformio	»	0,10

NOTIZIE E VARIETA'

Per l'ospedale di Palermo

Il Consiglio Comunale ha votato per acclamazione un milione per la ricostituzione dell'ospedale di Palermo.

La notizia, assai lieta per tutti i palermitani e per i medici in ispecie, fu subito partecipata al Re, al presidente del Consiglio e al ministro Baccelli.

Di questa deliberazione, che altamente onora il Consiglio Comunale di Palermo, va dato tutto il merito al nostro prof. Argento che con una tenacia unica più che rara, da anni combatte per la santa causa dell'ospedale.

La lezione di chiusura alla clinica medica di Pisa

Il 14 giugno, presenti il rettore dell'Università i professori della Facoltà, i rappresentanti dell'amministrazione ospedaliera e del consorzio universitario, moltissimi professionisti e studenti, il prof. G. B. Queirolo lesse la consueta relazione sul movimento clinico e scientifico di quest'anno nell'istituto da lui diretto. Espose le osservazioni fatte nella sezione delle malattie infettive, ed accennò ai casi più importanti occorsi nelle sale comuni.

Passando poi a parlare delle ricerche compite in quest'anno nel suo istituto, ricordò gli studii di Cionini, Benedetti e Landi sulla tossicità e composizione chimica del sudore normale; quelli di Bertini sulla tossicità delle feci diarroiche dei tifosi, le ricerche del Landi sul valore semeiologico delle escursioni laringee nella compressione del laringe, e quelli di Landi e Baldacci sulla ipoaciduria nella pulmonite. Benvenuti studiò dal lato clinico ed istologico un caso di peritonite da propagazione, ricercò l'influenza dell'ostacolato circolo portale su quello generale, e fece delle esperienze sulla glucosuria alimentare. Cionini eseguì alcune ricerche sulla glucosuria alimentare nella calcolosi epatica, Bruno degli studii pletismografici nel gozzo esoftalmico, Contardi e Baldacci altre ricerche pletismografiche ed urologiche in un caso di morbo di Addison. Il Queirolo terminò ringraziando i suoi assistenti ed inviando un saluto alla scolaresca.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

LEZIONI ORIGINALI

Clinica chirurgica propedeutica della R. Univ. di Napoli diretta dal prof. A. D'ANTONA

A PROPOSITO DI UN CASO DI STENOSI PILORICA

Lezione clinica del ***Prof. Antonino d' Antona***

Vi presento una donna a voi già presentata dal Prof. Cardarelli dalla cui clinica mi perviene per una affezione dello stomaco.

*Vi ri*assumo la storia delle sue sofferenze.

Da 51 anno, insegnante, maritata, ha avuto tre figli.

Nulla vi è da rilevare nei dati gentilizi e nell'anamnesi remota. Nessun contagio venereo-sifilitico. Ha menato una vita igienica.

L'inferma fa rimontare l'attuale malattia a sette anni fa quando in seguito ad un forte spavento ebbe disturbi della mestruazione ed una itterizia intensa che le durò 7-8 giorni con febbre fino a 41° e dolori intensissimi all'ipocondrio destro.

Con il chinino la febbre diminuì; ed il dolore si mitigò con l'applicazione di cataplasmi.

Persistendo la febbre il medico somministrò purganti forti in seguito ai quali un giorno venne presa da forti dolori di stomaco e da vomito che si ripetè a brevi intervalli per tutto il resto del giorno e per tutta la notte. Il liquido vomitato era giallo, amarissimo, di odore fortemente acido. Nel giorno seguente si ripetettero le sofferenze cioè l'intensa gastralgia ed il vomito nel quale alcune volte apparivano strie sanguigne. Detti disturbi, insieme ad intensa sete ed a forti rutti acidi persistettero circa un anno ripetendosi sempre ogni giorno appena introduceva un po' di cibo nello stomaco. Le sofferenze diminuirono in seguito a rigorosa dieta liquida.

Facendo un leggiero pasto al mezzogiorno, dieci a dodici ore dopo veniva costantemente svegliata da dolori penosissimi all'epigastrio ed al dorso e poco dopo aveva vomito di liquido giallastro con strie sanguigne e di sostanza simile a posa di caffè.

Nel materiale vomitato si trovavano spesso residui di cibi ingeriti parecchi giorni innanzi. Dopo il vomito le sofferenze cessavano completamente.

Cinque anni fa, pur restando immutati i disturbi descritti avvertì una mattina un forte dolore viscerale con subitaneo bisogno di andare di corpo, emettendo una grande quantità di sangue a grumi.

L'enteroragia si è ripetuta quasi ogni mese e l'inferma ha potuto riscontrare nelle dejezioni delle masse rosso-scure con tutta l'apparenza di grumi sanguigni.

Come vedete la donna è molto sciupata, smunta; dimostra un'età molto più avanzata della sua.

Il pannicolo adiposo può dirsi scomparso; ci è direi, un prosciugamento dei suoi tessuti.

Difatti, l'indice del deperimento del suo organismo è il peso totale del suo corpo, che è in K. 39,700.

L'esame del sangue all'emoglobinometro del Fleischl è di 57.

Il ventre è appiattito quando si osserva l'ammalata dopo un digiuno protratto; invece dopo di un pasto, anche tenue, si vede l'addome tumefatto di molto.

Attraverso le pareti sottilissime dell'addome è possibile vedere qualche volta delle contrazioni parziali, e di breve durata, dello stomaco.

L'aja gastrica ha i seguenti confini: il superiore corrisponde al 8° spazio intercostale sulla parasternale di sinistra; l'inferiore arriva quasi al pube.

A sinistra lo stomaco arriva alla linea ascellare anteriore e posteriore al 5° spazio.

Questa dilatazione gastrica è resa più evidente insufflando dell'aria di cui si può misurare quantità e pressione. Questo metodo è preferibile, secondo noi, al comune metodo delle polveri producenti sviluppo di acido carbonico.

Con la palpazione non si provoca dolore all'inferma ma un distintissimo rumore di guazzamento.

Portando l' esame alla regione pilorica si sente palpandola una resistenza che nonostante la grande sottigliezza delle pareti addominali non si può ben delimitare. Inferiormente si può seguire sotto forma di un' infiltramento diffuso, la cui superficie appare leggermente scabra.

Questo infiltramento è doloroso alla palpazione e segue pochissimo i movimenti respiratori.

L'esame del contenuto gastrico dopo un pasto di prova di Ewald ha dato i seguenti risultati:

Reazione fortemente acida. Presenza di acido cloridrico libero (reattivo di Günzburg). Tracce di acido lattico (reattivo di Uffelmann). Acidità totale normale 1,27 ‰ (metodo della fenolftaleina). Acido cloridrico totale normale 1,095 ‰ (metodo di Mintz).

Al microscopio si son riscontrati numerosi bacilli, alcuni streptococchi, nessuna sarcina.

Come si è andato costituendo questo stato di cose nella nostra inferma?

Noi chirurgi incliniamo ad ammettere sempre che le gastrectasie sono legate ad un ostacolo di canalizzazione del piloro ed accettiamo solo in casi eccezionalmente rari che si tratti di dilatazione primitiva idiopatica dello stomaco. Anche nei beoni la dilatazione gastrica non raggiunge un indice così alto come nei disturbi di canalizzazione pilorica. Ordinariamente, invece, è un'ostacolo al piloro che produce un'ipertrofia delle pareti gastriche che sono obbligate a spiegare una forza propulsiva maggiore per vincere l'ostacolo. A questa ipertrofia, persistendo od aumentando gli ostacoli pilorici, segue una dilatazione gastrica con atrofia delle pareti.

Stabilitasi la dilatazione, gli ostacoli al passaggio del materiale per il piloro aumentano, giacchè alla stenosi preesistente si aggiungono nuove condizioni per costrizioni che avvengono nella regione pilorica ed anche perchè questa, ad uno stato avanzato di gastrectasia è situata più in alto del gran cul di sacco dello stomaco. Questa nuova condizione fisica non permette il vuotamento completo del contenuto gastrico per attuare il quale del resto non sarebbero più sufficienti le deboli contrazioni delle atrofiche pareti dello stomaco. Questo ristagno concorre alla sua volta ad aumentare la dilatazione ed a favorire fermentazioni e putrefazioni, causa di continue auto-intossicazioni.

Nella nostra inferma come inizio delle sue sofferenze non si può parlare di semplice spasmo del piloro. In questi casi per vittitazioni irritanti, per iperacidità del contenuto gastrico si determina una contrazione spasmodica del piloro per cui il contenuto gastrico non può essere svuotato. Basta in questi casi semplicemente modificare la reazione (bicarbonato di soda od altri alcalini) perchè lo svuotamento avvenga.

Se questi spasmi si ripetono frequentemente e non vi si pone rimedio, si stabilisce per la remora degli alimenti nello stomaco una dilatazione di questo e quindi tutte quelle condizioni che favorendo la decomposizione del contenuto contribuiscono a fare aumentare la gastrectasia e con questa la possibilità di ragadi al piloro che alla lor volta saranno causa di ulteriori spasmi.

Ma, nella storia che avete intesa delle sofferenze della nostra inferma nulla vi è che autorizzi a pensare a pregressi spasmi pilorici. Invece l'insorgenza del suo male si deve attribuire ad un catarro gastro-duodenale che si propagò anche alle vie biliari donde l'itterizia che sette anni fa ebbe a soffrire.

Questo processo catarrale producendo infiammazioni peribiliari si è esteso a tutto il connettivo peripilorico donde le contrazioni riflesse del piloro e quindi la formazione di ulcerazioni piloriche della cui esistenza ed estensione fanno testimonianza il sangue vomitato e quello emesso per il retto. Come conseguenza della guarigione, più o meno completa, di queste ulcerazioni si ha la formazione di quelle masse residuali intorno al piloro che abbiamo rilevato con la palpazione.

Come rimediare a questo stato di cose?

La cura medica è insufficiente. E' dovere del medico di non temporeggiare con inutili somministrazioni di farmaci e di inviare sollecitamente l'infermo al chirurgo.

La prima idea che venne ai chirurgi (Billroth e sua scuola) fu di estirpare in questi casi il piloro e rifare così un canale permeabile.

Questo processo fu invero ideato per l'ablazione dei neoplasmi della regione pilorica.

Il nostro Loreta pensò di sfibrare e sfiancare con la divulsione digitale il piloro stenosato, sia attraverso le pareti dello stomaco, sia aprendo una piccola breccia sulle pareti gastriche attraverso della quale praticava la di-

vulsione. Questo processo in alcuni casi ha dato buoni risultati, ma molte volte è insufficiente perchè la lesione può ripristinarsi, anzi per lo più la stenosi si ripristina, senza dire che non è facile trovare la misura del grado di dilatazione da ottenere.

Difatti, in un caso da me operato l'anno scorso con il metodo Loreta la dilatazione digitale produsse una dilacerazione del piloro per cui l'operazione principiata come divulsione dovette completarsi con una piloroplastica alla Heineche-Mikulicz.

Il processo di piloroplastica si fonda sulla formazione di una cicatrice trasversale dei margini di una incisione praticata longitudinalmente sul punto stenosato. Ne risulta così una dilatazione del lume ove prima era una stenosi.

Il Durante ha praticato un processo di gastro-piloroplastica mercè di una incisione ad Y che permette la trasposizione di un lembo triangolare della parete gastrica anteriore nella breccia della regione pilorica.

I metodi chirurgici più recenti hanno avuto di mira l'attuare la canalizzazione del contenuto gastrico in un modo più completo, ed appunto la chirurgia gastrica con la gastroenterostomia ha fatto uno dei più brillanti progressi.

Le prime gastroenterostomie furono praticate impiantando un'ansa del digiuno sulla parete anteriore dello stomaco (Wölfler).

Si vide che questo processo dava spesso luogo ad inginocchiatura dell'ansa afferente e del colon trasverso per la pressione determinata dal grande omento.

Doyen cercò rimediare a questi inconvenienti trasportando il grande epiploon nella retro-cavità dell'epiploon e fissando il colon trasverso alla grande curvatura dello stomaco. Il processo è molto ingegnoso.

Risultati migliori si hanno praticando la gastroenterostomia alla Von Haker. Questi pratica un'apertura attraverso il meso-colon trasverso ed impianta un'ansa del digiuno a 20-30 cm. dal piloro, in modo da situare la ansa efferente da sinistra verso destra con una torsione a ciambella. Questo ottimo processo ha dato qualche volta luogo a rigurgito di bile nello stomaco.

Spetta al Roux l'avere ideato un processo che elimina tutte le obbiezioni mosse ai precedenti. Aperto il ventre e sollevato il grande epiploon egli ricerca l'ansa del digiuno a 20 cm. circa dal piloro e la incide. Prende quindi la branca inferiore e la innesta, attraverso ad una breccia fatta nel mesocolon trasverso, alla parete posteriore dello stomaco a poca distanza dalla grande curvatura e dal piloro. Innesta quindi lateralmente la branca superiore ad un 10-15 cm. circa dalla praticata riunione gastro-intestinale sulla branca inferiore venendo così a dare alle anse innestate l'aspetto di un Y. Si stabilisce così una gastro-enterostomia ed una digiuno-digiunostomia. Queste riunioni si possono praticare sia con sutura che con bottoni di Murphy.

Operazione— Disinfezione accurata del campo operativo e morfiocloronarcosi.

Nel mezzo della linea xifo-ombelicale si pratica una incisione che arriva in basso fino all'ombelico.

L'incisione arriva fino al peritoneo. Si cerca l'ansa del digiuno e trovatala a circa 20 cm. dal piloro la si incide trasversalmente dopo avere in precedenza allontanato il contenuto intestinale dal punto dove si pratica l'incisione. Enterostasi del capo centrale con una pinza corta di Billroth le cui branche sono ricoperte da tubi di cautchouc più lunghi delle branche in maniera che applicata la pinza, le due estremità dei tubi si comprendono in altra piccola pinza e l'enterostasi è completa senza maltrattamento dell'ansa intestinale. L'enterostasi del capo terminale è fatta dal pollice e dall'indice di un'aiuto. Si applica a questo capo inferiore una metà del bottone di Murphy con la solita sutura a borsa di tabacco. Per una piccola breccia attraverso il mesocolon trasverso si scovre la parete posteriore dello stomaco in vicinanza della piccola curvatura ed alquanto discosto dal piloro. A questo punto dell'atto operativo l'operatore osserva meglio il piloro e conferma un indurimento cicatriziale. Nel sito indicato pratica una piccola apertura nel senso verticale rispetto all'asse del corpo e vi applica l'altra metà del bottone che riunisce alla metà già applicata eseguendo così una gastro-digiunostomia posteriore retrocolica. Il capo duodenale del digiuno, lungo circa 15 cm. viene innestato ugualmente con un bottone sull'ansa dello stesso digiuno già innestata allo stomaco, a circa 20 cm. al disotto della inserzione gastrica in modo da formare così un Y.

Due punti di sutura restringono la fessura del meso-digiuno diviso. Tutte le manovre eseguite sono sequestrate dalla cavità addominale mercè un largo uso di pannolini.

Nome e Cognome	Età	NOTIZIE ANAMNESTICHE	Esame del chimismo gastrico	LESIONE ED OPERAZIONE ESEGUITA	ESITO	Peso prima di operare	Peso dopo operato	OSSERVAZIONI
Teresa Losquadro	ann. 39	da due anni dolore e senso di peso allo stomaco—da sei mesi dolori e vomito prima ad intervalli di 6-8 giorni e poi quotidiano. Mai ematemesi.	Presenza di grande quantità ac. cloridrico. Assenza di ac. lattico e butirrico.	Si trova il piloro aderente al fegato ed una chiazza di induramento alla faccia posteriore. Peripilorite. Stomaco dilatato. Gastroenterostomia alla von Haker con il bottone di Murphy. (17 gennaio 1898).	Guarig.	Kg. 47	Kg. 49,500	I punti furono tolti in 7ª giornata: nella notte seguente per uno sforzo di vomito la ferita si aprì per un buon tratto e venne fuori una massa di epiploon grossa quanto un mandarino. Questa massa fu legata alla base con seta e distrutta poco per volta con cauterizzazioni.
Francesc. Gala	36	da dodici mesi disturbi di stomaco (dolore, peso, qualche volta vomito), da sei mesi dolore intenso, bruciore, vomito quasi ogni giorno, talvolta con strie di sangue.	Assenza di acido cloridrico. Presenza di acido lattico e butirrico.	Vasta ulcerazione guarita situata sull'antro pilorico e sulla piccola curvatura. Il piloro lascia passare un'asta di penna. Tentativo di divulsione alla Loreta; durante il tentativo lacerazione della parete posteriore del piloro in senso longitudinale. Sutura trasversale di essa. Combinazione quindi della divulsione e della piloroplastica posteriore. (20 aprile 1898).	Guarig.	39	71	
Maria Viggiano	46	sette anni fa, dolore allo stomaco, al dorso, peso, eruttazioni acide, vomito ed itterizia. Da un'anno frequenti enterorragie ed ematemesi. Dolori intensi, vomito quasi giornaliero (2-4 ore dopo il pasto).	Presenza acido cloridrico. Tracce di acido lattico.	Notevole gastrectasia. Pilorite e peripilorite. Gastroenterostomia alla Roux (con 2 bottoni). (2 febbraio 1899).	Guarig.	39,700	53,700	Emette il bottone della digiuno-digiunostomia in 13.ma giornata.
Giuseppe Mattarocci	36	circa cinque anni fa forti dolori gastrici ed ematemesi grave. Poi sempre sofferenze gastriche. L'anno scorso altra grave ematemesi, dolore, senso di peso, eruttazioni acide, vomito, itterizia.	Presenza di grande quantità di ac. cloridr. Assente l'ac. lattico.	All'operazione fu trovato il piloro impigliato in una massa che l' attaccava alla testa del pancreas. Gastro-enterostomia alla Roux. (con 2 bottoni) (8 marzo 1899).	Morte in 9ª giornata			Il bottone della digiuno-digiunostomia avea mancato donde enterorragie ed ematemesi.
Raffaele Franco	36	dodici mesi fa gastralgie, eruttazioni acide; cinque mesi fa il dolore ed il senso di peso divennero insopportabili. Si procurava il vomito ogni giorno. Nel vomito cibi ingeriti 3 giorni prima. Da due mesi comparsa del tumore sotto il bordo costale. Mai ematemesi.	Assenza di acido cloridrico. Presenza di acido lattico e butirrico.	Forma vegetante di carcinoma che occupa antro pilorico, piloro e parte del duodeno. Resezione dell' antro pilorico, del piloro e di circa 7 centim. di duodeno. Gastroenterostomia poster. con bottone. (17 maggio '99).	Guarig.	44,500	52,700	Il bottone dell'innesto gastro-digiunale fu emesso in 16.ma giornata.
Filippo Pellicciari	40	tre anni fa primi disturbi gastrici, che durarono 5-6 giorni. Itterizia. Poi sofferenze vaghe. Da un anno forti dolori, peso, eruttazioni acide, vomito quasi giornaliero (2 a 3 ore dopo il pasto). Mai ematemesi.	Presenza di acido cloridr. Assenza di acido lattico.	Enorme gastrectasia. Aderenze del piloro trasformato in cercine fibroso. Gastro-enterostomia posteriore (von Haker) eseguita con triplice strato di sutura. (27 maggio 1899).	Guarig.	53,200		
Raffaele Santillo	29	da 14 anni sofferenze gastriche alternate con brevi periodi di benessere. Qualche volta vomito. 3 mesi fa ematemesi grave poi gastralgie intense, eruttazioni acide e vomito che lo ammalato procura da sè.	Presenza di acido cloridr. Presenza di acido lattico.	Piloro aderente alla piccola ala del fegato. Placca cicatriziale alla superficie anteriore, di esso. Gastroenterostomia posteriore alla von Haker con il bottone. (8 giugno '99).	Guarig.	45		
Rosalia Falsone	41	fin da cinque anni disturbi gastrici. Da circa sei mesi senso di peso allo stomaco e vomito giornaliero delle sostanze ingerite. (Piloroplastica). Le sofferenze scomparvero completamente.—Dopo 3 mesi ritornano le gastralgie, il vomito. Intolleranza perfino dei liquidi.	Presenza di acido cloridr. Assenza di acido lattico.	(25 maggio 1898). Piloroplastica alla Mikulicz. (31 maggio 1899). Gastroenterostomia alla von Haker (con bottone).	Guarig.			Emesso il bottone il 1° luglio.

Il tempo impiegatovi fin' ora é stato di 25 minuti. Si completa l'operazione con la sutura del peritoneo, e con la sutura molto stretta ed a punti staccati, in massa della cute e del piano muscolo-aponeurotico.

Decorso post-operativo, completamente apirettico.

Ferita guarita *per primam*. In 13ª giornata emette il bottone della digiuno-digiunostomia.

Peso del corpo il dì 30 marzo	Chg.	41 1[2
» » » 15 aprile	»	46
» » » 4 giugno	»	53,700

La pubblicazione di questa storia viene in ritardo di quattro mesi. Così posso riferire meglio degli effetti lontani dell' operazione. Anzi ho pensato bene di dare qui alla luce un breve specchio degli otto casi di chirurgia stomacale operati negli ultimi quindici mesi. (V. tabella pag. 124).

RIVISTA DI CLINICHE

HOTEL-DIEU DI PARIGI — Prof. Duplay

La follia post-operativa

Un uomo di 74 anni avea consultato il Duplay due anni addietro per un fimosi congenito, stret*tissimo*, sul quale il De Marquay, 30-40 anni prima, avea praticato un piccolo sbrigliamento. Questo fimosi non determinava del resto che pochi disturbi funzionali. Così, in ragione di questi lievi disturbi, dell'età del malato; dell' esistenza di una leggera glucosuria ed albuminuria, fu consigliata l'astensione da ogni intervento operativo. Due mesi addietro il malato si accorse dello sviluppo nella cavità prepuziale di un corpo, grosso quanto il nocciolo di una ciriegia, durissimo, mobilissimo. Ad ogni minzione, questo corpo si spostava e veniva ad obliterare l'orifizio prepuziale già strettissimo, di modo che l' urina accumulandosi nella cavità prepuziale, la distendeva al punto da darle il volume di un piccolo uovo, e non era che dopo grandi sforzi che l'ammalato arrivava a svuotare questa saccoccia. Ne risultava ad ogni minzione un disturbo, un dolore più o meno grande e talora una ritenzione momentanea.

La diagnosi era esitante tra un calcolo (il malato altre volte avea emesso della sabbia) ed un polipo fibroso impiantato su di un punto della cavità prepuziale, forse anche all'origine dell'uretra, perchè il piccolo corpo, quantunque mobilissimo, non pareva intieramente libero, ma sembrava esser trattenuto da un peduncolo.

La diagnosi esatta del resto importava poco, perchè nell'una o nell'altra ipotesi occorreva intervenire d'urgenza malgrado le contro-indicazioni accennate.

Una nuova analisi dimostrò che l' urina conteneva gr. 1 di zucchero e delle traccie di albumina; in queste condizioni il Duplay risolse di ridurre al minimo il traumatismo operativo, esigendo dal malato che l'operazione fosse fatta senza anestesia.

A partir da questo momento, benchè fosse venuto a Parigi con il vivo desiderio di essere operato il più presto possibile, ora non sapeva che immaginare di più per ritardare la data dell' intervento; avendo dei timori sull' esito dell' operazione, fece testamento.

Il 7 novembre senza anestesia viene con le forbici praticato uno sbrigliamento sulla parte mediana dorsale del prepuzio, e senza difficoltà si potè estrarre un calcoletto libero nella cavità prepuziale. Non si fece la sutura, e si medicò con la polvere di jodoformio. I primi tre giorni decorsero senza febbre, senza alcuna reazione. Il 4° giorno il Duplay apprese che fin dallo svegliarsi il malato si era mostrato singolarmente bizzarro nelle idee e negli atti. Si alzava e si ricoricava senza ragione, passeggiava per la casa senza essere vestito convenientemente, faceva le valigie, credendo di partire, toglieva ad ogni istante la sua medicatura. Siccome il jodoformio è stato accusato di produrre talvolta il delirio per intossicazione, abbenchè la quantità usata nel caso presente fosse debole, il Duplay l'eliminò completamente, e gli sostituì il salolo. Ma gli accidenti continuarono: al delirio d'azione successero delle idee deliranti: così pensa che una delle infermiere che lo cura sia la sua amante, ecc. Qualche giorno più tardi, con le idee deliranti si manifestano degli atti di violenza risultanti da che il malato si crede imprigionato, accusato di furto. Esige che lo si faccia uscire, perchè possa provare che il denaro che egli ha nella valigia non è stato rubato. Si tratta di un vero delirio di persecuzione. Due parenti allora lo fanno uscire dalla casa di salute; a partir da questo momento le idee di persecuzione scompaiono in parte, ma il malato entra in un periodo di malinconia: è calmo, tranquillo, ma ha costantemente delle idee tristi; ragiona bene su certe cose ma su altre non può emettere che idee incoerenti. La sua memoria è molto diminuita; prova difficoltà a trovare i nomi proprii, che storpia nel modo più infelice. Infine presenta un leggero imbarazzo della parola.

Ecco quindi un uomo che dopo una operazione insignificante, praticata senza anestesia, è stato colpito da disturbi psichici particolari che ne han fatto quasi un alienato.

Questi disturbi psichici post-operatorii hanno attratto l'attenzione dei chirurgi, sovratutto da una quindicina di anni. A. Parè li avea segnalati, ma fu il Dupuytren, che al principio del secolo descrisse un delirio nervoso, distinto dal *delirium tremens*, e che compariva dopo le operazioni.

Nel 1868 il Billroth, nel 1883 Verneuil e Ball riprendono questo studio, e considerano tali

disturbi psichici come di origine alcoolica. La questione è ripresa più tardi da Denis, Vène, Musin, Selignan, Martin, Truelle, Magolicz, Werth. Nel marzo di quest'anno Picquè e Briand hanno discusso la questione alla Società di Chirurgia; infine il Rayneau ha riassunto lo stato della questione.

Sotto la denominazione di delirio post-operatorio, dice il Picquè, deve intendersi ogni disturbo intellettuale che può capitare dopo un operazione, qualunque sia la forma o l'origine reale di questo disturbo psichico.

La follia post-operativa del resto non presenta una sintomatologia speciale: essa è suscettibile di rivestir la forma della mania in tutti i suoi gradi, della malinconia dalla semplice depressione fino alla malinconia ansiosa con rifiuto degli alimenti e suicidio, confusione mentale, allucinazioni, delirio di persecuzione, demenza, paralisi generale, nevrastenia, epilessia, isterismo. Le diverse forme di follia poi si mescolano tra loro.

Tutte le statistiche stabiliscono per questi accidenti una frequenza del 2 0|0 circa; quella dello Scars fornisce solo una media del 32, 5 0|0.

La follia operatoria può mostrarsi in seguito ad ogni operazione; però certi autori hanno preteso che certe operazioni fossero più particolarmente suscettibili di sviluppare la follia post-operativa, ed hanno incriminato specialmente le operazioni ginecologiche e quelle sugli occhi. Ma le ricerche di Picquè contraddicono questa opinione.

La follia post-operatoria può capitare in ogni individuo non importa dopo quale operazione, o la sua comparsa esige una predisposizione ereditaria od acquisita, uno stato particolare di ricettività? I fatti sono d'accordo per fare ammettere una predisposizione ereditaria od acquisita. Il Dupuytren già ammetteva per il suo delirio nervoso una suscettibilità nervosa particolare: una pusillanimità speciale. D'altro canto si è costatato che certe intossicazioni (alcooliche, morfiniche, uremiche), certe infezioni sifilitiche, ogni discrasia che mette l'individuo in uno stato d'inferiorità, di degenerazione psichica, ed intellettuale, sono suscettibili di creare una predisposizione nettissima allo sviluppo della follia post-operativa. L'età avanzata predispone pur essa, per l'ateromasia che irriga imperfettamente il cervello, ed il Remy ha insistito su tali fatti.

Un'altra classe di malati è colpita dalla follia prima dell'operazione: si tratta sovratutto di donne che reclamano l'intervento chirurgico e che presentano una specie di mania operatoria.

Il malato del Duplay non fa eccezione alla legge generale, in lui la predisposizione era evidente ed il terreno preparato; l'età avanzata, l'esistenza del diabete e dell'albuminuria creavano uno stato di inferiorità. Egli ha menato una vita agitatissima, misteriosa, lontano dei suoi, dissimulando il suo stato di fortuna; nel paese in cui abita, abbenchè possegga parecchi immobili, pure è costretto di abitare all'albergo. Egli appartiene a quella categoria di uomini che si dicono *originali*. Il suo carattere è ineguale, non sopporta le contraddizioni e s'incollerisce facilmente, e sospetta di tutto e di tutti. Pria dell'operazione avea una tendenza leggermente erotomaniaca, provava delle esitazioni, dei timori sì che si decise a far testamento. In conclusione in quest'uomo, oltre all'età, al diabete, all'albuminuria, esisteva uno stato mentale particolare, costituente una predisposizione assai manifesta.

Nella follia post-operatoria la comparsa degli accidenti avviene generalmente dal 2° al 3° giorno dall'operazione; dal 2° al 5° secondo il Vène. Si son citati dei fatti in cui sono apparsi 3 o 4 mesi dopo; ma in questi casi si esagera certamente nel classificarli tra le follie post-operative.

La durata e la terminazione degli accidenti non hanno nulla di costante.

La guarigione è la terminazione più frequente, ed il più spesso è rapida: in altri casi vi ha persistenza indefinita dello stato mentale nuovo; più raramente la morte capita sia per la follia (mania acuta), che per suicidio.

Si può in certi casi sospettare l'evoluzione ulteriore degli accidenti fondandosi principalmente sull'esistenza od assenza d'antecedenti *ereditarii* o personali o sulle altre condizioni etiologiche. Nel caso del Duplay lo stato di predisposizione, di degenerazione, l'età fanno temere la persistenza allo stato cronico ed il passaggio alla demenza senile.

La patogenesi di questi disturbi psichici è oscurissima. Si è incriminata dapprima l'impressione morale (Joffroy): in certi malati la preoccupazione diviene un'idea fissa, tormenta i malati pria di deciderli all'operazione e dopo questa decisione. Ne risulta una reazione mentale che in un predisposto, può esercitare sullo sviluppo dei disturbi psichici un'influenza più considerevole forse di quella che proviene dall'operazione stessa. Questa emotività eccessiva sarebbe del resto un segno di degenerazione.

L'influenza di un riflesso è stata sopratutto invocata nelle operazioni ginecologiche; appunto per la ricchezza del plesso nervoso degli organi genitali. Ma per tal fatto la follia operatoria dovrebbe essere più frequente di quel che non è.

L'influenza esercitata dalla natura dell'operazione non ha alcuna importanza.

Le anestesie (cloroformio, etere, cocaina, protossido d'azoto) agirebbero per eccitazione o depressione cerebrale. È vero che talora i disturbi cerebrali provocati dagli anestesici possono prolungarsi, ma essi non somigliano per nulla agli accidenti

della follia operatoria. Si può dire che se gli anestesici possono esercitare una certa influenza sullo sviluppo della follia post-operatoria nei predisposti, intossicati, alcoolisti, essi sono incapaci a darle origine.

Gli antisettici sono stati pur essi incriminati, e sovratutto il jodoformio. Questo è suscettibile a provocare il delirio (Brun), che cessa quando non si medica più con questo farmaco e che riappare con il riprendere questa medicatura Ma esso deve agire sempre su un terreno predisposto; poichè mentre certi individui sopportano grandi quantità di jodoformio senza risentirne nulla, molti per impercettibili quantità, specialmente i vecchi e gli indeboliti, provano dei fenomeni di intossicazione. (Berger). Nell'ammalato del Duplay l'abolizione della medicatura jodoformica non ebbe alcun risultato.

L'influenza della cachessia cancerigna è nulla. L'alcoolismo ha un'azione evidente, ma agisce come causa predisponente. L'intossicazione uremica può esercitare una certa influenza (Le Dentu). Le infezioni, e particolarmente la purulenta, paiono godere un certo ufficio, ma si deve fare ancor qui intervenire la predisposizione, perchè con gli antisettici la follia post operativa non dovrebbe esistere.

Si sono, infine, accusate le auto-infezioni. Il Règis crede che queste follie siano quasi costantemente provocate da un avvelenamento del cervello per via dei microbi o per via di sostanze tossiche risultanti dalla produzione esagerata o dalla eliminazione insufficiente dei veleni normali.

Si è ancora pensato che sotto l'influenza dello shok operatorio si produca un disturbo negli scambi nutritizii, avente per effetto la modificazione delle proporzioni di queste sostanze nell'organismo. Avverrebbe qualche cosa di simile a ciò che avviene dopo la tiroidectomia.

Si è preteso, infine, che nei casi di castrazione ovarica si privava l'organismo dei prodotti di secrezione interna delle ovaje. Ne provenivano delle modificazioni tali da produrre dei disturbi psichici. Ma questi accidenti avrebbero però dovuto cedere all'opoterapia ovarica; or ciò non avviene.

È dunque fin qui difficile il dire quale causa agisca specialmente sullo sviluppo della follia post-operativa. Sembra che la parte principale sia devoluto alla predisposizione ereditaria od acquisita. D'altro canto, nei predisposti le intossicazioni esogene od endogene pare abbiano, secondo i casi, una certa parte nella comparsa degli accidenti. Le altre cause (antisettici, anestesici, cachessia, natura e sede dell'operazione) non hanno che un'azione molto secondaria o dubbia. (*La Presse médicale*, n. 51, 28 giugno 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Presidente Perroncito

Seduta del 23 giugno 1899

(Nostro resoconto particolare)

Benedicenti. **Sull'influenza esercitata da alcuni farmaci sull'assorbimento intestinale.**—Comunica alcune ricerche fatte da lui sull'influenza esercitata da alcuni farmaci sull'assorbimento intestinale. Le esperienze sono state fatte introducendo in un'ansa, estratta dall'addome di cani cloroformizzati, delle soluzioni isotoniche di cloruro di sodio, nello stato normale dell'ansa dopochè questa aveva subito più o meno a lungo l'azione del farmaco. Nel liquido estratto dall'intestino veniva determinata la quantità percentuale e inoltre veniva stabilita la concentrazione molecolare col punto di congelamento e la conducibilità elettrica col metodo di Kohleansch.

I farmaci studiati sono, l'aloe, l'arsenico, il laudano, la resorcina e l'idrochinone.

Per ciò che riguarda l'assorbimento del liquido e del sale, le ricerche dell'autore confermano quelle fatte contemporaneamente e indipendentemente da Conheim.

A. Fabris. **Due casi di neoformazioni interessanti dei centri nervosi.** — Comunica due casi di neoformazioni interessanti dei centri nervosi in uno dei quali si trattava di un tumore cistico delle meningi del midollo allungato della grossezza di una noce. La cisti conteneva un liquido, incolore, la parte solida invece, era costituita da un tessuto connettivo disposto a papille, rivestite da epitelio per lo più cilindrico e vibratile.

Lo studio istologico del neoplasma fa supporre che esso derivi dal canale centrale del midollo e rappresenti un'anomalia di sviluppo congenita avvenuta durante l'evoluzione embrionale dell'organo.

Osservazioni precedenti spingono anche ad ammettere che i diverticoli abnormi dell'ependima, possono restare esclusi dalla continuità col tessuto d'origine, e proliferare poi in modo autonomo; ipotesi questa che si può applicare al caso riferito.

La seconda osservazione si riferisce ad un tumore, solido, grosso come un uovo di gallina, rotondo, sito sulla base del lobo temporo-sfenoidale.

Questo tumore era ricoperto dalla pia meninge, alquanto iniettata ed ispessita; si poteva facilmente isolare dalla sostanza cerebrale le cui circonvoluzioni in corrispondenza del tumore erano atrofiche ed appianate.

Il centro del tumore era fatto da tessuto gliomatoso in gran parte necrobiotico; alla periferia invece, il tessuto presentava un'aspetto sarcomatoso con molte cellule giganti.

Il fatto più importante è dato dalla presenza nella

zona gliomatosa di un gruppo cospicuo di elementi disposti in lunghi otricoli ghiandolari.

L'epitelio è simile all'epitelio dell'ependima ventricolare.

In complesso si vede come se intorno ad un diverticolo ependimale si fosse sviluppata una neoplasia gliomatosa a cui perifericamente si aggiunge una neoformazione connettiva. Il caso descritto da Ströbe ed il presente, appoggiano la dottrina emessa da Ströbe stesso circa la genesi dei gliomi. Quindi lo sviluppo di alcuni di essi sarebbe dovuto alla presenza di germi ependimali aberranti intorno a cui si formerebbe della nevroglia in modo simile al tipo di evoluzione normale di questo tessuto.

Vanzetti. **Sopra un neoplasma maligno dei villi del corion.** — Riferisce sopra un neoplasma maligno dei villi del corion, che si era sviluppato in una gravidanza terminata con aborto. All'autopsia si trovò un tumore ulcerato del fondo dell'utero che ricordava il tessuto placentare ed usurava la parete uterina su cui si era sviluppato.

Vi erano pure nodi neoplastici nella vagina e nel polmone. Il tumore era costituito da due ordini di elementi: l'elemento prevalente formato da grandi masse protoplasmatiche polinucleate coi caratteri degli elementi dello strato sinciziale investente i villi del corion: il secondo, più scarso ma dimostrabile, era dato da cellule poliedriche di aspetto epitelioide rispondenti allo strato di Langaus del villo stesso. Istologicamente si tratta della forma tipica di corio-papilloma maligno.

Sperino fa la commemorazione del compianto prof. Giacomini enumerandone con calda ed affettuosa parola i meriti di insegnante, di cittadino e di scienziato.

Fornaca

ACCADEMIA MEDICO-FISICA FIORENTINA

Presidente Pestalozza

Seduta del 21 giugno 1899.

Bottazzi (in collaborazione collo studente di medicina J. Cappelli). **Il sodio e il potassio negli eritrociti del sangue di varie specie animali e in varie condizioni fisio-patologiche.** — Dalle ricerche eseguite sui vertebrati inferiori (batraci, cheloni, uccelli), nonchè nei mammiferi (cane, coniglio etc.), vengono alle seguenti conclusioni: *a*) che gli eritrociti, in parte per quanto si voglia piccola, partecipano al metabolismo organico, e, nel caso speciale, alla progressiva distruzione del materiale organizzato, che si verifica nell'anemia grave, nel digiuno ecc. *b*) che il parallelismo fra la perdita in azoto e la perdita di potassio e sodio sta a dimostrare che questi metalli alcalini normalmente fanno parte integrante della molecola proteica, con cui abbandonano l'elemento istologico in via di distruzione e di degenerazione.

Bottazzi. **Azione del vago e del simpatico sul tessuto muscolare liscio esofageo del rospo e sugli atrii del cuore dell' Emys Europaea.** — (Con dimostrazione di tracciati). — Il vago e il simpatico si comportano come due nervi nettamente antagonisti rispetto alle due funzioni motrici della muscolatura atriale del cuore dell' *Emys europaea*. Il vago avrebbe un' azione analoga (in parte) a quella che esercita il freddo o la muscarina; il simpatico ha un' azione simile a quello del caldo o dell'atropina. Dagli esperimenti eseguiti risulta che il vago è il nervo del sarcoplasma, che esso governa il tono muscolare, tono, che è una funzione distintamente sarcoplasmica; onde si comprende la prevalenza dell'innervazione del vago su quella del simpatico nell'esofago di rospo, che è costituito esclusivamente di tessuto muscolare liscio.

Lettura dell'ordine del giorno riguardante la vendita dei sieri curativi.

Il segretario Dottor Silvestrini, legge l'ordine del giorno compilato dalla commissione incaricata dall'Accademia riguardante la vendita dei sieri curativi. In esso si dice: l'Accademia Medico-Fisica Fiorentina, preoccupata dal fatto che il commercio dei sieri terapeutici non sia stato finora regolato da alcuna norma, considerando i danni gravissimi che per l'attuale stato di cose possono derivare alla sanità pubblica, fa voti perchè senza ulteriori ritardi venga sottoposto allo esame della Camera il progetto già approvato dal Senato nella seduta 17 marzo ultimo scorso, modificando però l'articolo 2 del citato progetto, che renderebbe facoltativa la sorveglianza dello stato sui sieri vaccini etc. Quest'articolo dovrebbe modificarsi nel senso che tutti i vaccini, virus, sieri curativi, tossine e antitossine e ogni altro prodotto affine debbano, se messi in commercio, essere sottoposti alla vigilanza dello Stato per verificarne la purezza e la genuinità e per assicurarsi che essi conservino nello smercio le qualità attribuite loro dall'inventore. L'Accademia fa anche voti, perchè il giudizio clinico sui sieri, si faccia per parte della classe medica colla maggiore prontezza e libertà, senza riguardo personale alcuno, affinchè cadano presto nel meritato discredito quelli non forniti dalla necessaria efficacia clinica; deplora, infine, che ciò non sia stato finora fatto con le dovute energie per i sieri, virus, tossine ecc., esistenti in commercio, con danno gravissimo della sanità pubblica e con discredito della scienza.

Baduel propone che l'Accademia emetta un voto di plauso ai professori Lustig e Sclavo che hanno cercato e cercano, rispettivamente per i loro sieri antipestifero e anticarbonchioso, i responsi della clinica, degli ospedali e dei colleghi, indipendentemente da qualunque scopo di lucro e anzi con notevoli sacrificii personali.

La proposta è approvata all'unanimità e tal voto viene annesso all'ordine del giorno precedentemente approvato.

Movimento biologico universale

1. Corrado, si occupa « **di alcune alterazioni delle cellule nervose nella morte per elettricità** ». Dall'insieme dei fenomeni osservati in numerose ricerche può concludere che nella morte per elettricità, oltre ad un'azione chimica anche un'azione meccanica si esplichi sulle cellule nervose. (*Annali di nevrologia*, fasc. IV, 1899).

2. G. Gaertner ed J. Wagner, occupandosi della « **dottrina della circolazione cerebrale** », rispondono alle obiezioni sollevate da Fuchs contro il metodo da essi adoperato, e fanno rilevare che a questo autore non è riuscito dimostrare che il metodo stesso sia inesatto (*Wiener klinische Wochenscrift*, n. 26, 1899).

3. Imbert, porta un « **contributo allo studio della responsabilità nell' assenza del senso morale** », pertanto espone un certo numero di fatti che provano che la degenerazione mentale può non manifestarsi che con l'assenza del senso morale: se in questi casi la mancanza del senso morale non basta a conferire l'irresponsabilità, al meno può fare ammettere la responsabilità parziale. Gli atti in precedenza commessi, il carattere dell'atto incriminato, l'esame fisico e psichico del soggetto, faranno decidere il perito ad ammettere o no la responsabilità. (*Thèse de Lyon*).

4. Marinesco, ha riscontrato delle « **lesioni dei centri nervosi nell' epilessia sperimentale da assenzio** ». Nel midollo ha trovato una gamma d'alterazioni cellulari; le cellule radicolari sono aumentate di volume, mentre la densità dello stato cromatico è diminuita. Gli elementi cromatofili erano tanto meno numerosi quanto più si andava verso la periferia. Il nucleolo era talvolta granuloso e vacuolare. (*Académie des sciences*, 29 maggio 1899).

5. Lafon, porta un « **contributo allo studio di alcune forme anomale di eclampsia** », tratta in ispecie dei casi recidivi. Se il regime latteo non ne impedisce la recidiva, ne attenua certamente la gravità poichè la guarigione è la regola per la donna. L'autore riferisce un' osservazione, unica nella scienza, di una crisi eclamptica, iniziantesi al momento di un falso travaglio in una gravidanza extra-uterina. (*Thèse de Paris*, anno 1898-99).

6. Licastro e Mirto, riferiscono un caso di « **follia impulsiva omicida in un militare** », e portano un contributo clinico-anatomico allo studio delle localizzazioni corticali motrici e del decorso delle fibre piramidali. Dai risultati dell'esame istologico dei preparati di questo caso il reperto di Bianchi e D'Abundo riceve sull'uomo un'ampia conferma che sarebbe anche la prima. Difatti non solo s'è potuto costatare degenerazione parziale bilaterale del piede del peduncolo del ponte e delle piramidi bulbari (sempre però meno spiccata a sinistra) ma s'è potuto mettere in evidenza l'esistenza di fibre degenerate nel corpo calloso e nella capsula interna. Tale reperto viene ad assodare che le fibre piramidali nell'uomo subiscono in parte un primo incrociamento a livello del corpo calloso. Inoltre dalle loro ricerche risulta che una parte delle fibre costitutive del corpo calloso abbia origine dal 3° inferiore delle circonvoluzioni motrici e si rende sempre più provato il fatto che il corpo calloso rappresenta un sistema di fibre di proiezione, delle quali alcune sono rappresentate da fibre appartenenti ai centri motori dell'arto superiore e della faccia. (*Il Pisani* fasc. 1, aprile 1899).

7. Margulies, assistente alla clinica psichiatrica di Praga, tratta della « **pseudo-dipsomania** », riferisce le storie cliniche di due infermi degenti in clinica, i quali negli intervalli di assoluta astinenza dagli eccessi alcoolici, stavano bene, invece bastavano anche piccole quantità di alcool per non farli più ragionare, e renderli incoscienti. (*Prager medicinische Wochenschrift* n. 24 15 giugno 1899).

8. Souques e Castaigne, portano un contributo allo « **studio patogenico del reumatismo cerebrale** ». Nel loro caso non trovarono bacilli nel liquido cefalo-rachidico e questo non si dimostrò per nulla tossico. Essi pensano che l'eredità neuropatica abbia molta importanza nella produzione del reumatismo cerebrale. (*Societè médicale des hôpitaux*. 9 giugno 1899).

9. Adamkiewicz, pubblica un caso di « **tabe traumatica** ». Un individuo é stato colpito da forte trauma al dorso, tanto da avere avuto fratturata una vertebra, poco a poco e nel corso di tre anni si manifestano tutti i sintomi di una sclerosi dei cordoni posteriori. Certamente il trauma non fu la causa diretta del processo tabetico, ma doveva trattarsi di un individno predisposto, su cui il trauma agì dinamicamente dando luogo ad una speciale forma di tabe, la tabe così detta traumatica. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 24,1899).

10. Noguès e Sirol, di Tolosa, rendono di pubblica ragione un caso importante per la sua rarità, cioè un caso di « **mielite transversa con paraplegia flaccida d'emblèe** ». La mielite transversa dice Brissaud, può produrre una paraplegia spasmodica come una paraplegia flaccida. La prima è infinitamente più frequente che la seconda. Nell' infermo osservato dagli autori non esiste reazione degenerativa, quantunque vi fosse già una atrofia muscolare marcata. L' eccitazione

galvanica della midolla e la faradizzazione ritmica dei muscoli paralizzati rimase senza effetto. (*Gazzette hebdomadaire de médicine et de chirurgie* n. 51 25 giugno 1899).

EMATOLOGIA

PER LA DETERMINAZIONE DEL FERRO NEL SANGUE E NEL SIERO

Jolles aveva già constatato che il contenuto di ferro e di emoglobina non sono delle grandezze che stanno in rapporto costante l'uno coll'altra, ma che il contenuto di ciascuno di questi elementi essenziali del sangue varia. Poscia egli ha dimostrato che il valore in ferro trovato nel sangue, specialmente in casi patologici, possa riferirsi non soltanto agli eritrociti, ma anche alle piastrine, ai leucociti ed al siero. Per utilizzare a scopo diagnostico o scientifico la cifra di ferro ottenuta col ferrometro, era necessario pria di tutto di conoscere le oscillazioni date negli individui sani dalle determinazioni col ferrometro.

Il contenuto di ferro nel sangue negl' individui sani oscilla, secondo i risultati pubblicati prima da Jolles, fra 0,0413 e 0,0559 0[0 in peso ovvero, letto in centimetri cubici del liquido di confronto al ferrometro, fra 6, 2 e 8, 8. Da ricerche ulteriori ottenne cifre oscillanti fra 6, 1 e 8, 6. Hladik dopo d'aver dimostrato l'esattezza del metodo di Jolles determinando col ferrometro il ferro in soluzioni determinate e dopo di avere constatato che le determinazioni del ferro per mezzo del ferrometro non restano molto indietro per esattezza alle determinazioni coi processi analitici, trovò nei soldati sani fra 20 e 30 anni cifre varianti da 5,5 a 8, come valore medio 6, 7, che corrisponde a 0,0425 della percentuale in peso del ferro nel sangue. Hladik propose di designare la cifra 6,7 con 100 e di esprimere ogni valore letto al ferrometro con una percentuale di esso, moltiplicandolo per 100 e dividendolo per 6,7; così per esempio la cifra 6 corrisponderebbe ad 89,5 0[0 del contenuto normale di ferro.

Dalle ricerche fatte da Jellinck sul contenuto di ferro nel sangue di individui ammalati, risulta con certezza che una ricerca unilaterale, cioè col solo emometro o col solo ferrometro non permette affatto di ottenere delle conchiusioni esatte sulla qualità del sangue, ma che a ciò si richiede l'esame cosiddetto combinato del sangue. Jolles ha praticato delle ricerche in parecchi ammalati, le quali hanno interesse perchè egli non ha determinato il ferro soltanto nel sangue *in toto*, ma ha sottoposto alla ricerca anche il siero sanguigno. Egli é realmente riuscito a constatare la presenza del ferro nel siero in alcuni casi, nei quali è a presumere che corpuscoli rossi vanno in distruzione nell' organismo malato; egli perciò crede di poter ammettere che accanto alla determinazione del ferro nel sangue *in toto*, anche la determinazione qualitativa ed eventualmente quantitativa del ferro nel siero sanguigno può in alcune circostanze avere un certo interesse, tanto più che il Jolles potè convincersi da ricerche numerose, che nel siero sanguigno normale non si trova assolutamente del ferro. Ecco il metodo da lui seguito per la determinazione del ferro nel siero. Con una pipetta capillare si aspira dalla punta del dito o del lobulo dell'orecchio 1 cmc. di sangue; quando la pipetta è riempita fino al punto determinato, se ne tiene chiusa con un dito l'estremità che si lava con acqua distillata e la pipetta si svuota in un tubetto a centrifugazione. Questo è ripieno fino alla misura, cioé fino a 4 cmc. con una soluzione di cloruro di sodio al 0,8 0[0 colla quale non si hanno alterazioni visibili dei globuli rossi. Svuotato il sangue nel tubo a centrifugazione, questo viene chiuso con un turacciolo conveniente e centrifugato. Dopo la centrifugazione i globuli sanguigni si trovano al fondo dell'appendice inferiore del tubetto, mentre il resto del liquido che contiene il siero e che per regola apparisce incolore può venire facilmente versato in una capsula di platino. Il contenuto della capsula si evapora a bagno-maria fino a secchezza e poi inceneriti primo ad una piccola, poi ad una grande fiamma Bunsen. Dopo l'incenerimento si porta la capsula su di una lastra asciutta di vetro e su di una lastra di asbesto, e si porta sul fondo della capsula per mezzo d'un pennello una delle polveri aggiunte al ferrometro cioè 0,1 gr. di solfato acido di potassa, si riscalda di nuovo alla fiamma Bunsen finchè il bisolfato apparisce liquefatto e solo allora si porta la capsula nella parte più forte della fiamma Bunsen, muovendola in continuazione, cosicchè il sale liquefatto venga in contatto intimo con tutte le parti del fondo della capsula, e ciò finchè non si sprigionano più vapori bianchi dall'anidride solforica. La capsula si pone a raffreddare su d'una lastra di vetro o d'asbesto, si aggiungono poi circa 5 cmc. d'acqua distillata, si riscalda a lento calore e la soluzione si porta in uno dei cilindri del ferrometro. Le manipolazioni ulteriori sono le stesse di quelle adoperate per la determinazione del ferro nel sangue *in toto*. In considerazione della poca quantità di ferro di cui si tratta nel caso del siero, Jolles adopera un liquido di paragone più diluito ed inoltre un acido cloridrico per metà più debole, cioè un 1 cmc. di una soluzione all'1 per 20. Il liquido di paragone si prepara nel modo seguente: 100 cmc. del liquido di paragone non diluito si portano in un pallone di 500 cmc. si riprendono 15 gr. di solfato acido di potassa arroventato con acqua, si versano nel pallone, si riempie con acqua distillata fino al segno e si mescola. Di

questo liquido di paragone diluito si prendono 2 cmc. per ogni determinazione.

Questi 2 cmc. contengono 0,02 mg. di ferro e 0,1 gr. di solfato acido di potassa arroventato. In entrambi i tubi deve essere presente sempre la stessa quantità di solfato di potassa, giacchè questo esercita un'influenza notevole. Invece non bisogna avere riguardo alla traccia di cloruro di sodio che si contiene nei 4 cmc. della soluzione di cloruro di sodio al 0,8 0|0, essendo nulla la sua influenza sulla colorazione. Nella determinazione colorimetrica, che è di facile e sicura esecuzione alla luce del giorno, si pone sui due cilindri un diaframma con 2 buchi, per mezzo del quale nell'osservazione ad una certa distanza vengono nascoste le pareti del cilindro come pure del galleggiante. Allora si legge nel cilindro lo stato del galleggiante, cioè il tratto nel quale sta la superficie inferiore del galleggiante, e dalla tabella unita si constata il contenuto di ferro nel siero per litro di sangue e per percentuale di peso, dividendo semplicemente per 5 le cifre date nella rubrica corrispondente.

Numerose ricerche comparative con soluzioni di ferro di contenuto noto hanno dimostrato l'esattezza sufficiente di questo metodo per scopi clinici. Con questo processo il Jolles ha praticato la ricerca del ferro nel siero di sangue di 18 individui sani, ma ebbe risultato negativo in tutti. Riguardo alle ricerche patologiche da lui praticate, egli è *ben lontano* di trarne delle conclusioni generali atteso il loro numero scarso. Furono in tutto 10 i casi patologici da lui esaminati, cioè 3 di clorosi, 2 di anemia, 2 di diabete grave, 1 di leucemia, 2 di neoplasma ed 1 di rene raggrinzato.

Mentre nella clorosi le cifre dell'emometro e del ferrometro furono trovate abbassate in grado quasi uguale, nei due casi di anemia le cifre del ferrometro furono di 69,6 e 41,7 di fronte alle cifre date dall'emometro di 28, rispettivamente 15 ed al numero fortemente diminuito degli eritrociti. Inoltre si trovarono in entrambi i casi traccie di ferro nel siero non dosabili quantitativamente. L'esame nel sangue nei due casi di diabete grave (nell'urina dei quali trovò quantità di ferro di molto superiore alle medie normali, cioè in uno il decuplo e nell'altro una quantità 14 volte maggiore) diede al ferrometro per risultato le cifre di 91,4 rispettivamente 86,5 molto alte di fronte alle cifre basse di 35 e 44 avute all'emometro ed al contenuto diminuito di eritrociti. Inoltre in entrambi i casi si trovò del ferro nel siero del sangue.

La titolazione del sangue col metodo di Löwy diede in ambo i casi diminuzione notevole dell'alcalescenza del sangue.

Nel caso di leucemia si ebbe al ferrometro la cifra di 62,6 relativamente molto alta di fronte alla cifra emometrica di 34; nel siero sanguigno non si trovarono traccie di ferro. In un caso di carcinoma si trovò la cifra ferrometrica poco elevata di fronte all'emometrica, nel siero non si trovò del ferro. Nel caso di rene raggrinzato, si ebbe la cifra ferrometrica di 73 di fronte all'emometrica di 55. (*Centralblatt für innere Medicin,* N. 26, 1 luglio, 1899).

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

La questione dei sieri all'Accademia medico-fisica fiorentina.

Il prof. Banti in una comunicazione all'Accademia medico-fisica fiorentina ha concluso per la nessuna efficacia del siero antipneumonico Pane, provocando un voto con cui si reclama il controllo del governo sui sieri, si stigmatizzano dei *riguardi personali* e si decreta un plauso ai prof. Lustig e Sclavo che cercano con ogni mezzo di fare sperimentare dai buoni osservatori i loro sieri.

Piace vedere che in un'Accademia, invece di arcadizzare come comunemente si fa, si imprende a discutere, quistioni di tanta importanza qual'è quella della sieroterapia. Ma non può passare senza commenti questo biasimo espresso con parole assai mordaci contro un prodotto che prima di essere offerto al pubblico, è stato con squisita correttezza dell'autore sottoposto al giudizio dell' Accademia medico-chirurgica di Napoli, e per essa all'autorevole esame di una commissione che offre la più assoluta garenzia, quando vi figurano i nomi dei professori De Giaxa, Armanni e Boccardo.

Questa commissione reclamata dal prof. Pane ed appositamente nominata, riscontrava nel siero antipneumonico le proprietà antitossiche, immunizzanti e curative attribuitegli dall'autore, e con esso arrivava a salvare conigli in cui erano state iniettate dosi 7-21 volte mortali di pneumococco.

Non ci pare dunque affatto giustificato il rimprovero dell' Accademia medico-fisica fiorentina mal celato nel suo voto, quando si è proceduto con tanta correttezza. Potrebbe ricercarsi altrove la causa degl'insuccessi ottenuti a Firenze di fronte a tanti successi ottenuti altrove, e la rispettabilissima Accademia avrebbe potuto dare una forma meno amara al suo ordine del giorno.

Sarà bene pertanto che sia regolata la questione dei sieri dal momento che è venuta a galla. Sarebbe desiderabile che intervenisse il governo, come autorità tutoria, a garentire ufficialmente questa produzione.

Anche questo sarebbe un compito che andrebbe devoluto a quella direzione della Sanità pubblica, di cui non abbiamo sempre a lodarci, e che dovrebbe avere l'obbligo e la capacità di controllare i sieri che vengono in commercio assicurandoci che essi abbiano le proprietà attribuite loro dai rispettivi autori. Dovrebbe poter essere il suo un giudizio inappellabile

che, per lo meno dal lato sperimentale, non potesse essere più messo in discussione.

FORMULARIO

Sciroppo di creosoto

Creosoto puro di faggio . . . . gr. 5
Glicerina pura a 30. . . . . . . » 80
Sciroppo semplice . . . . » 915

Un cucchiaio da zuppa (20 gr.) contiene gr. 0,10 di creosoto.

Da 5 a 6 cucchiai al giorno prima dei pasti.

Sciroppo di guaiacolo

Guaiacolo cristallizzato . . . . gr. 7,50
Glicerina pura. . . . . » 92,50
Sciroppo semplice . . . . » 900

20 grammi racchiudono gr. 0,15 di guaiacolo cristallizzato.

Da 5 a 6 cucchiai al giorno durante i pasti.

Elixir di coca

Foglie di coca contuse . . . . gr. 60
Alcool a 60° . . . . » 120
Vino di malaga bianco . . . . » 500
Sciroppo semplice . . . . » 350
Acqua distillata q. b.

Fa macerare le foglie di coca per 12 ore nell' alcool, aggiungi il vino di malaga e lascia macerare per 8 giorni. Poi filtra ed al filtrato aggiungi lo sciroppo semplice.

Due o tre bicchierini al giorno.

NOTIZIE E VARIETÀ

Nelle Università francesi

Facoltà di Parigi.—Per decreto in data 27 giugno 1899, Brissaud, professore incaricato, è nominato professore ordinario di storia della medicina alla Facoltà medica di Parigi.

L'inizio della peste in Alessandria

Il 4 maggio un greco fu ammesso all'ospedale affetto da febbre e da un bubbone inguinale. Il caso parve sospetto e se ne avvertirono le autorità sanitarie. Il prof. Bitter, direttore dell'istituto d'igiene del Cairo, che in qualità di membro della missione inviata dal governo egiziano nell'India nel 1897, aveva avuto occasione di osservare un gran numero di ammalati di peste, esaminò l'ammalato e lo considerò come sospetto. Ma siccome l' esame batteriologico non diede risultati positivi, non si pronunziò. Il 17 maggio un secondo greco fu ricevuto all' ospitale; egli presentava un bubbone nell'ascella sinistra, era un caso tipico della forma bubbonica della malattia. Si punse la ghiandola, che fu trovata piena di bacilli della peste tipici. Ed il 20 maggio l' esistenza della peste ad Alessandria fu annunziata ufficialmente.

Nell' Università di Catania

La Facoltà di Medicina ha eletto ad unanimità suo Preside il Prof. Ughetti.

Concorsi ai premi Speranza

Il comune di Parma notifica che sono aperti i concorsi 13° 14° e 15° al premio istituito dal fu dottor Carlo Speranza, già professore emerito di terapia speciale, clinica medica e medicina legale presso quella Regia Università.

I temi dei tre concorsi sono i seguenti:

13° Sul valore immunizzante dei sieri di uso terapeutico.

14° Le risaie e la malaria.

15° Sulla trasmissione della sifilide dei genitori al prodotto del concepimento e sulla cosidetta sifilide concezionale.

Questi concorsi sono aperti a tutti i medici e chirurgi italiani. Ogni memoria dovrà essere scritta in italiano o in latino. I concorrenti dovranno trasmettere le loro memorie franche di porto, alla R. Università di Parma, entro il 18 maggio 1900.

Ognuno dei tre premi consiste in una medaglia d'oro di L. 300, da conferirsi a quel medico o medico-chirurgo italiano, il quale avrà risposto nel modo più soddisfacente al relativo tema proposto dalla Facoltà medico-chirurgica della predetta R. Università di Parma. Nel caso in cui il premio non fosse conferito, a titolo di incoraggiamento si assegnerà una medaglia d' argento a quel concorrente che, meglio degli altri, si sarà avvicinato allo scioglimento del tema stesso.

CONCORSI E CONDOTTE

Comune di Candela (Foggia). Popolazione 6179. A tutto luglio è aperto il concorso al posto di medico-chirurgo ostetrico-necroscopo, con lo stipendio di lire 2500. Età non superiore ai 40 anni.

Comune di Monticello Alba. (Cuneo). Popolazione 2083. A tutto luglio aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica collo stipendio di L. 1200, ivi compreso l'onorario come ufficiale sanitario.

Poliambulanza di Porta Tenaglia in Milano. — Concorso ai posti di Dirigenti le sezioni di odontoiatria, nevropatia e delle malattie chirurgiche genito-urinarie. Sono pregati coloro che volessero concorrere di voler inviare domande e titoli al Consiglio direttivo della Poliambulanza di Porta Tenaglia (Piazzale Mercato, 3).

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 35 anni di età.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIMEDII NUOVI

SULL'EROINA

Uno degli ultimi rimedi che la industria farmaceutica ha messo in commercio è l'eroina, ossia l'etere diacetico della morfina,

$C^6 H^{18} NO < \begin{matrix} O. OC^2 H^3 \\ O. OC^2 H^3 \end{matrix}$ il quale si ottiene sostituendo gli atomi di idrogeno nei gruppi idrossilici col gruppo acetile. Si presenta in forma di fina polvere, inodora, di sapore amaro, insolubile nell'acqua, nell'alcool, nell'etere, solubile negli acidi e nel cloroformio. La grande affinità chimica che l'eroina ha con la morfina può facilmente far fuorviare nell' uso terapeutico dell'eroina, giacchè questa agisce in un senso che si discosta dall' azione generale degli oppiacei. L'eroina ha un'azione speciale sugli organi della respirazione.

Nel 1890 Dott e Stockmann pubblicarono delle ricerche collettive sull' azione morfologica della morfina e dei suoi derivati. Spinsero a queste ricerche gli speciali rapporti tra l' azione della morfina e quella della codeina (metilmorfina). È noto che dei due veleni la codeina negli animali è notevolmente più velenosa, mentre nell'uomo assai meno velenosa. Numerosi derivati della morfina furono dai detti autori sperimentati negli animali. Come furono preparati i prodotti di sostituzione acidoeterei. gli esperimenti fatti in proposito dimostrarono che parecchi di essi, come la diacetilmorfina, agiscono energicamente sulla respirazione e sul cuore e perciò sono molto più velenosi della morfina stessa. Intanto nel 1898 il Dreser assoggettò la diacetilmorfina, che egli chiamò eroina, ad un'analisi minuta della sua azione sul respiro, dalla quale risultò che il detto preparato è un buon succedaneo della morfina e della codeina, e che giova specialmente contro la tosse. Nelle pubblicazioni sue Dreser non cita neppure il lavoro di Dott e di Stockmann. Anche le circolari mandate in giro dalla fabbrica che mise in commercio l'eroina, parlano di Dreser come il primo e l' unico autore che abbia fatto degli esperimenti colla diacetilmorfina. L'Harnack intanto, dopo tutto ciò che finora è stato pubblicato sull'eroina, ha acquistato la convinzione che la sua introduzione in pratica è stata troppo precipitata, giacchè si è messo nelle mani del medico, spesso poco cauto, un veleno pericolosissimo, contro di cui non sono mai grandi le precauzioni.

Il Dreser crede forse che i suoi studi sperimentali sui conigli sieno più che sufficienti a stabilire le indicazioni terapeutiche del nuovo composto. Ma bisogna tener presente due fatti fondamentali. In nessun campo della farmacologia l'applicare all'uomo i risultati ottenuti negli animali è così pericoloso, come per i narcotici, ossia per quei farmaci che alterano a preferenza la sfera cerebrale: così la morfina è più pericolosa nell'uomo che non negli altri animali, la codeina al contrario; l'idrato d'amilene è pressochè innocuo per l'uomo, per gli animali è un veleno energico.

L'altro fatto fondamentale è che certe basi organiche, mercè la sostituzione con residui di acido, e specialmente con l'acetilizzazione, diventano prodotti molto più velenosi delle basi originarie. Domina oggi una certa tendenza ad acetilizzare tutto ciò che è possibile, ed hanno spinto a questo i buoni risultati ottenuti con la preparazione dell' acetanilide e della fenacetina. Infatti l'amido benzolo (anilina) e l'amido-fenolo, due basi molto velenose, dànno mediante l'acetilizzazione prodotti molto meno velenosi. Ciò vale in generale per le basi delle combinazioni isocicliche, ma le basi che derivano da combinazioni eterocicliche ed i cui derivati costituiscono una grande parte degli alcaloidi naturali, si comportano diversamente. Quanto differentemente velenosi sono l' atropina, la scopolamina e l'omatropina di fronte alla atropina e la cocaina di fronte all' ecgonina. Nella sostituzione artificiale delle basi semplici con residui di acido sembra che l'acetilizzazione dia prodotti ad azione molto energica: così secondo le osservazioni di Gottlieb, l'acetiltropina supera in tossicità diversi altri derivati omologhi della tropina.

Ciò che si è detto può essere applicato ai rapporti tra la diacetilmorfina (eroina) e la morfina: questa è molto pericolosa per l' uomo, l' altra non lo è molto per gli animali e per l'uomo; ma sarebbe un errore credere che se la metilmorfina (codeina) agisce nell' uomo con un'azione più mite della morfina, lo stesso debba avvenire per l'acetilmorfina.

Dopo queste considerazioni E. Harnack in alcune ricerche fatte sull'azione dell'eroina sul respiro, si accorda con Dott e Stockmann nell'ammettere che l'azione indebolente dalla diacetilmorfina sulla respirazione è molto più notevole di quella della morfina; che inoltre il nuovo composto ha un'azione più energica sul cuore e facilmente dà luogo a salivazione e tendenza alla diarrea, e d'altra parte

dà luogo a contrazioni muscolari e forti convulsioni. Harnack ha osservato pure tremore muscolare fibrillare, mentre Dreser dice che tutto il sistema muscolare sta in perfetto riposo sotto l'azione dell'eroina. D'altra parte non v'ha più dubbio oggi che anche nell'uomo l'eroina è più velenosa e pericolosa che negli altri animali. Se alcuni medici, come Floret, Strube, Leo, Eulenburg ecc. ne hanno ottenuto buoni effetti al letto dell'ammalato, ciò, secondo Harnack non prova nulla, perchè così è stato di tanti altri farmaci velenosi, come il cloroformio, il cloralio idrato, il clorato di potasso, il jodoformio, la cocaina, il fenolo ecc., la cui azione energica è stata terapeuticamente riconosciuta in modo assoluto dopo parecchi anni. È certo che in seguito all'eroina, si è avuto nausea e vomito, stati di debolezza e di collasso, specie nei tisici, negli asmatici ed in altre persone indebolite. Così Leo riferisce che con dosi di 0,01 gram. ha osservato nausea, vertigine ed una volta un accesso di lipotimia, in modo che egli non sorpassò mai la dose di gr. 0,005 2-3 volte al giorno. Ma anche con questa dose gli infermi di Leo si lagnavano di oppressione al capo e nausea. Si raccomanda perciò, egli dice, di adoperare dosi anche inferiori. Del pari Turnauer in una inferma che tollerava bene 0,02-0,03 di codeina; 0,005 di eroina causarono lievi fenomeni di collasso che si ripeterono 24 ore dopo in seguito ad una nuova dose. Rosin in 14 casi fra 48 ottenne fenomeni accessori sgradevoli, vertigine, nausea, cefalea, vomito con l'uso di 0,005 gram. di eroina, e minori effetti terapeutici che con gli antichi rimedi. In vista di questi risultati, nell'ultima circolare della fabbrica si dice che la dose di 0,005 gram. talvolta è molto elevata, e si raccomanda di non superare la dose singola di 0,003 e la dose giornaliera di 0,01, il che sta in contraddizione con quello che Floret indicava nella sua seconda comunicazione, dove sono raccomandate le dosi da 0,005 a 0,007, pei casi gravi, le dosi di 0,01-0,02 e per iniezione ipodermica da 0,005-0,01. Se intanto la dose massima ora raccomandata è di 0,005 gram. l'eroina non è più un rimedio innocuo, ma deve essere posto accanto ai rimedi più velenosi, come l'acido arsenioso, la veratrina ecc. Harnack conchiude raccomandando di andar molto cauti nell'uso dell'eroina in pratica.

Molto diversamente si esprimono gli autori precedenti, a cominciare dal Dreser, i quali in massima parte decantano i buoni effetti terapeutici e l'innocuità dell'eroina. Dreser trovò che questo farmaco ha un'azione spiccata sull'apparecchio respiratorio. Il numero degli atti respiratori viene diminuito notevolmente. Nello stesso tempo si ha prolungamento della durata della inspirazione con che è ingrandito il volume dell'aria inspirata. L'effetto ventilatorio di ogni singolo atto del respiro è però aumentato dall'eroina. Inoltre Dreser constatò che il consumo di ossigeno e la produzione di acido carbonico dopo la somministrazione del farmaco venivano notevolmente diminuiti. Sull'azione puramente narcotizzante dell'eroina Dreser comunica soltanto d'aver trovato l'eroina molto efficace contro la tosse nella quantità di 0.01 gram. *pro dosi* nell'uomo.

Leo ha adoperato il farmaco in gran numero di pazienti. Egli però ebbe cattivi risultati dalle dosi di 0,01 gr.: nausea, senso di vertigine, sincope, in modo che in seguito Leo non somministrò più di 0,005 gr. *pro dosi* 2-3 volte al giorno; nondimeno gli infermi si lagnavano qualche volta di stupore e nausea.

In alcune osservazioni istituite in affezioni dolorose il Leo constatò che l'azione narcotizzante dell'eroina è di gran lunga inferiore a quella della morfina ed anche della codeina. In parecchi casi di sciatica, di nevralgia del trigemino, di pleurite, di cardialgia, di ulcera gastrica, di reumatismo articolare i dolori o non vennero diminuiti affatto od alleviati di poco. Ma anche di fronte allo stimolo della tosse che si ha nelle malattie più disparate dell'apparecchio respiratorio l'azione narcotizzante dell'eroina non fu molto spiccata. Ciò si rilevò nella laringite acuta, nella bronchite e nella tisi pulmonare. In alcuni casi lo stimolo della tosse venne bensì diminuito un poco, ma l'azione del farmaco era decisamente inferiore a quella della morfina e della codeina.

Floret e Strube riferiscono risultati molto più favorevoli sul riguardo.

Mentre Leo non può considerare come alto il valore dell'eroina quale narcotico, gli effetti che ne ebbe in diverse forme di dispnea, furono straordinariamente felici.

Dopo gli esperimenti di Dreser sugli animali era da aspettarsi un effetto terapeutico in prima linea appunto su questo riguardo. Giacchè la diminuzione della frequenza del respiro, l'allungamento della durata della inspirazione e l'ingrandimento del volume d'aria inspirato doveva produrre uno scambio migliore d'aria alla superficie polmonare e con ciò un miglioramento della respirazione perturbata. Ciò era da attendersi specialmente negli stati dispnoici legati a bronchite: giacchè essendo rallentato l'accesso dell'aria agli alveoli polmonari in conseguenza del rigonfiamento e della secrezione aumentata, si doveva aspettare, come Dreser rileva, che il tipo dell'inspirazione allungata dell'eroina accorderebbe all'aria il tempo necessario per il passaggio attraverso i canalicoli aerei ristretti.

Dreser aveva inoltre constatato che non solo ogni inspirazione diventa più estesa, ma che ciò procede con più forza che normalmente. Si può perciò mettere questa azione dell'eroina sull'attività respiratoria in parallelismo con l'azione della digitale sull'attività cardiaca. Come questo farmaco produce un'utilità maggiore del lavoro cardiaco insufficiente col rallentamento del polso e contemporaneo aumento della forza cardiaca, così si potrebbe aspettare anche dall'eroina un'influenza corrispondente

favorevole, regolante e rinforzante su di un'attività polmonare agente insufficientemente. Dreser ha perciò raccomandato anche espressamente l'eroina per le forme diverse di fame d'aria.

Gli effetti favorevoli osservati da Leo si riferiscono, oltrechè a due casi in cui la dispnea esisteva come fatto collaterale uremico in una nefrite cronica ed in cui osservò un miglioramento di breve durata della dispnea, ad 8 casi di enfisema, a 15 casi di bronchite cronica senza enfisema, con dispnea ed a 5 casi di asma bronchiale. Solo in un caso d'enfisema ed in 2 di bronchite cronica non s'ebbe effetto favorevole. In tutti gli altri casi si ebbe un miglioramento spiccato già dopo l'uso d'una sola dose di 0,005. In parecchi pazienti l'azione fu affatto magica! La dispnea scomparve completamente già dopo 1-2 dosi, la tosse divenne più lieve, i pazienti che fin allora non potevano dormire affatto o dormivano seduti furono in grado di dormire tutta la notte. Parecchi pazienti riferiscono che la dispnea era bensì migliorata dopo l'azione dell'eroina, ma che l'espettorazione era difficoltata. Il Leo unì allora l'eroina al joduro di potassio, e questa combinazione sembrò agire in modo specialmente favorevole.

Prima di Leo si erano occupati dell'azione terapeutica dell'eroina il Floret, lo Strube, il Weiss, il Tauszk. Il Floret fu il primo a sperimentare l'eroina nell'uomo e ne ebbe effetti favorevoli alla dose di gr. 0,005-0,01 3-4 volte al giorno. Dalle ricerche di Strube, fatte nella clinica di Gerhadt, l'eroina appare un mezzo pregevole per calmare la tosse, per facilitare e prolungare la respirazione. Il Weiss conchiude che l'eroina deve essere preferita alla morfina ed alla cocaina, ed anche il Tauszk la preferisce a tutti gli altri sedativi, e dice di averla somministrata con successo anche contro i dolor i, specialmente nei pneumonici.

In seguito il Turnauer ha fatto molto uso dell'eroina sia per via interna alla dose di 0,005, tre volte al giorno, sia per via ipodermica (3-4 divisioni di una siringa di Pravaz piena della soluzione 6 0[0). Somministrata per via interna, l'eroina agisce dopo 10-30 minuti, segue senso di stanchezza e spesso sonnolenza che dopo qualche minuto è seguita da sonno. Questo stato di calma dura per lo più 2 ore. Per la via ipodermica l'eroina agisce più rapidamente e produce spesso un sonno tranquillo della durata di alcune ore.

In quasi tutti i suoi casi il Turnauer notò un'assuefazione al rimedio, però non ebbe mai ad osservare alcun effetto sfavorevole. In due soli casi osservò nausea, che cessò subito, sospeso il rimedio. A questo riguardo il Pal ebbe ad osservare in una vecchia arteriosclerotica uno stato di ebbrezza con lievi fenomeni di collasso dopo la somministrazione di 0,005 gr. di eroina. Ad ogni modo è certo che alcuni individui sono molto sensibili all'eroina, e perciò si raccomanda di non oltrepassare la dose di 0,005 nelle prime prescrizioni in individui deboli e vecchi. Del resto, dice il Turnauer, l'eroina è un farmaco innocuo, che nella maggior parte dei casi può essere adoperato con successo anche nelle persone abituate ai narcotici, per calmare la tosse.

Eulenburg ha usato l'eroina per iniezioni ipodermiche all'1 0[0. Le iniezioni sono indolenti e non lasciano conseguenze. Per le dosi bisogna regolarsi così come per la morfina, da 0,005 ad 0,01 gr. In due casi in cui si sorpassarono queste dosi si ebbe vertigine, nausea, grande stanchezza e sonno prolungato. Quindi non si oltrepassi la dose di 0,01 gr. Del resto Eulenburg non lamenta alcun triste effetto. Egli poi dà un valore speciale all'uso del cloridrato d'eroina nei morfinomani.

Rosin somministrò in 48 casi dosi di 0,005 con 0,50 di zucchero 4 volte al giorno. Ebbe risultato positivo soltanto in 6 casi; negli altri la dispnea, i dolori, la tosse persistessero. in modo che si dovette ricorrere agli altri sedativi che produssero nn miglioramento. Alcuni degli infermi di Rosin presentarono poi fenomeni accessori sgradevoli, come vertigine, nausea, in due infermi si ebbero forti dolori di testa e vomito.

Il Floret riferì in seguito le sue osservazioni in una nuova serie di malati. Egli ottenne sempre un'azione sedativa degli organi del respiro nei catarri bronchiali acuti. Invece l'eroina non é così efficace nelle forme croniche, accompagnate da enfisema, però la sua azione non è inferiore a quella della morfina e della codeina adoperate alla stessa dose, vale a dire di 0,005-0,001 gr. Nella cura della tubercolosi polmonare incipiente o degli stati poco avanzati della medesima Floret si è servito con successo dell'eroina associata al duotale:

Duotale. . . . . . . gr. 0, 50
Eroina . . . . » 0,005-0,01

mischia, fa polvere, dà 1 polvere 3-4 volte al giorno.

Buoni effetti diede pure al Floret l'eroina in 3 casi di tosse convulsiva; si trattava di bambini in età di 3-4-8 anni, a cui si somministrò 0,0015-0,005 di eroina parecchie volte al giorno. Con questa cura gli accessi si facevano meno frequenti e meno violenti. In 2 altri casi di tosse convulsiva l'eroina non ebbe effetto.

Floret ha visto altresì che l'eroina giova nelle affezioni degli organi respiratori che accompagnano o molto spesso seguono all'influenza. Ma la proprietà più pregevole dell'eroina resta sempre quella sedativa sulla respirazione. Come analgesico generale l'eroina non è efficace.

Riguardo alle dosi, secondo Floret, nella massima parte dei casi sono sufficienti dosi di 0,005-0,0075 per ottenere l'effetto desiderato: nei casi gravi si richiedono dosi maggiori, 0,01-0,02 gr. La forma più semplice è in polvere od in pillole. Se si vuol prescrivere il

medicamento a gocce od in mistura si adoperi il cloridrato d'eroina, che si presta anche bene ad essere iniettato sotto la pelle. Le formule che dà Floret sono le seguenti:

Idroclorato di eroina . . . gr. 0,10
Acqua di mandorle amare . » 20,0

15-20 gocce in acqua zuccherata 3-4 volte al giorno.

Idroclorato di eroina . . . gr. 0,10
Ioduro di potassio . . . . » 6,0
Acqua distillata . . . . . » 20,0

15-20 gocce 3-4 volte al giorno.

Eroina. . . . . gr. 0,005
Zucchero bianco . . . . . » 0,50

Di tali dosi n. 12. 1 dose 3-4 volte al giorno.

Eroina. . . . . gr. 0,15
Estratto di genziana . . . . » 2,0
Polvere e succo di liquirizia q. b.
fa pillole 30.

1 pillola 3-4 volte al giorno.

Trionale . . . . gr. 1,0
Eroina. . . . . » 0,005

Di tali dosi n. 5. 1 dose la sera.

In seguito il Beketoff ha sperimentato l'eroina nella tubercolosi (25 casi). Egli ne vanta l'azione contro la tosse e la dispnea. Giova anche l'eroina contro i dolori pleuritici ed in generale contro i dolori al torace, e per queste ragioni l'eroina agisce come ipnotico. Beketoff consiglia l'eroina anche nell'emottisi. La massima dose da lui adoperata fu di 0,025 *pro die* senza alcun effetto nocivo.

Fra le ultime pubblicazioni sull'argomento deve essere menzionata anche quella di Parenski, che nell'ospedale di S. Lazzaro in Cracovia sperimentò l'eroina in ammalati degli organi del respiro, della digestione, del sistema nervoso, circolatorio, secretivo. Fra la prima serie di ammalati l'eroina fu sperimentata in casi di tubercolosi, catarro bronchiale acuto e cronico, enfisema polmonare. Contro la tosse l'eroina si dimostrò efficace sotto ogni rapporto, giacchè la tosse diminuì di frequenza, e l'espettorato si fece più scarso, nel caso che esso era semplicemente sieroso. Come effetti accessori del medicamento si notò in qualche malato un senso speciale di raschiamento al collo ed una certa secchezza della faringe. Sulla temperatura, sul sistema circolatorio, sugli organi digerenti l'eroina non ha alcun effetto; lo stesso si può dire degli organi secretivi. Neppure ha influenza l'eroina sui sudori notturni dei tisici. Il senso di benessere che gli infermi avvertono (specie gli enfisematici) dopo l'uso dell'eroina devesi attribuire alla diminuzione degli accessi di tosse che li stancano. Del resto l'eroina non ha alcuna azione analgesica nè influisce per nulla sul sistema nervoso, malgrado che qualche infermo si lagni di insonnia. Le dosi elevate (0,02 grammi 3-4 volte al giorno) producono poi un senso di stanchezza, di sonnolenza, di secchezza alla gola e quindi grande sete; inoltre stitichezza. Parenski conchiude che l'eroina è specialmente indicata nei catarri bronchiali, negli stadi iniziali della tisi come succedaneo della morfina. Si prescrive in polveri dapprima di 0,005 poi di 0,01 grammi:

Eroina pura. . . . . gr. 0,01
Zucchero bianco . . . . . » 0,25

mischia, fa polvere. Di tali polveri n. X. 3-4 al giorno.

Si può dare a gocce insieme a piccole quantità di acido acetico (necessario perchè l'eroina si sciolga).

Eroina . . . . gr. 0,20
Acido acetico . . . . . . gocce 5-10
Acqua distillata . . . . . gr. 10

3 volte al giorno 5-10 gocce.

Questa stessa soluzione può essere iniettata bollita sotto la pelle nella quantità di 1/4-1/2-1 siringa.

BIBLIOGRAFIA

Dreser, *Therap. Monatsh.*, sett. 1898.—Floret, *ibid.*, 1898, n. 9. — Strube, *Berl. klin. Woch.*. n. 45, 1898.—Weiss, *Die Heilkunde*, ottobre 1899. — Turnauer, *Wien. med. Presse*, n. 12, 1899. Leo, *Deut. med. Woch.*, n 12, 1899. — Eulenburg, *ibid.*, n. 12, 1899.—Rosin, *Die Therapie der Gegenwart*, giugno 1899. — Floret, *Ther-Monatsh.*, giugno 1899. — Beketoff, *Klinisch-ther. Woch.*, n. 23, 1899. — Harnack, *Münch. med. Woch.*, n. 27, 1899.—Parenski, *Klinisch-therap. Wochenschrift*, n. 27, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Chirurgica dell'Ospedale Mauriziano Umberto I diretta dal Prof. A. CARLE

LA SINDROME DI DÉJERINE-KLUMPKE PROVOCATA DA UNA FERITA DEL COLLO

R. Galeazzi 1° Assistente-Sezione Chirurgica
E. Perrero 1° Assist. Sez. Medica

Ruffinatti Massimo, di anni 25, scalpellino da Trana.

Anamnesi. — Il padre soffre di confusione mentale intermittente: nessuna malattia pregressa. Egli è bevitore moderato.

Verso la metà del febbraio u. s. da un compagno che camminava innanzi a lui, col quale era in questione, ricevette un violento colpo di coltello da calzolaio alla base del collo: vacillò e cadde a terra, ma si rialzò quasi subito e, fatti alcuni passi, si accorse di avere il coltello infitto ancora nel collo, che estrasse egli stesso dalla ferita.

L'emorragia fu copiosissima — fatto confermato dal medico curante — così che dopo poco svenne e rimase incosciente per 18 ore.

Quando riprese coscienza si accorse di un senso di formicolio al margine interno del mignolo e dell'anulare di destra che si irradiava lungo il margine cubitale del braccio fino all'ascella.

Secondo la relazione fattaci dal medico curante, a questo senso di formocolio si accompagnava una paralisi di moto dell'arto superiore destro, paralisi che si andò attenuando nei mesi successivi al trauma.

Il medico constatò inoltre, subito dopo il trauma, altri sintomi oculo-pupillari, che noi abbiamo riscontrato all'esame obbiettivo fatto a più di tre mesi di distanza dall'avvenuto.

Esame obbiettivo. — Alla base del collo e sulla sua faccia anteriore, subito a sinistra della linea mediana, si osserva una cicatrice orizzontale della lunghezza di 2 ctm. all'incirca, che nulla presenta di speciale. Abbassamento della palpebra superiore tale che il segmento superiore dell'iride è da essa coperto fino al margine pupillare. La rima palpebrale è perciò di circa 3 mm. più ristretta dell'altra.

Ma che non esista alcuna ptosi per paralisi del muscolo elevatore della palpebra superiore si riconosce da ciò che, quando il malato guarda in alto, la palpebra superiore viene completamente sollevata e soltanto l'iride rimane sempre coperta dal margine palpebrale.

Paralisi dei muscoli dell'occhio non esistono.

Notiamo che il diametro della pupilla a destra è soltanto corrispondente alla metà del diametro della pupilla sinistra.

Entrambe le pupille reagiscono del resto benissimo alla luce, all'accomodamento ed alla convergenza.

Per contro dietro forti irritazioni al collo, provocate, ad es. col pennello faradico, si può a sinistra ottenere un allargamento della pupilla che manca affatto a destra, fenomeno su cui già ha destato l'attenzione il Moebius in un caso di paralisi del simpatico.

Esistono pertanto senza alcun dubbio in questo caso una paralisi delle fibre muscolari liscie vel muscolo di V. Müller ed una miosi prodocata da paresi del muscolo dilatatore della pupilla per lesione del simpatico di destra.

La tensione del bulbo non ci apparve alterata: soltanto il bulbo è alquanto affondato.

Non è rilevabile alcun disturbo vasomotorio nè alcuna differenza nel colorito o nella temperatura delle due metà della faccia. I vasi congiuntivali sono ugualmenti ripieni nei due lati. Non si osservano alterazioni trofiche e specialmente non esiste emiatrofia della faccia.

L'esame fatto dal Dr. Baiardi ha rilevato:

Estensione di accomodamento normale.

O D V = 1

Campo visivo leggermente ristretto tanto a destra che a sinistra, alquanto più ristretto però a destra.

All'esame oftalmoscopico il riflesso del fondo oculare appare di un rosso assai più intenso che a sinistra e si mostrano inoltre molto ingrossate e turgide le vene retiniche sensibilmente più che a sinistra.

Di più in vicinanza della papilla qualche vaso apparirebbe come velato.

In esami ulteriori egli trovò meno evidente questa iniezione dei vasi retinici.

Attualmente i disturbi della sensibilità sono esclusivamente soggettivi, perchè l'infermo accusa ancora formicolio lungo il margine cubitale dell'arto superiore e specialmente della mano. Non esiste dissociazione di sensibilità, nessuna differenza nelle masse muscolari.

Circonferenza a destra }
» a sinistra } uguali

La forza muscolare però misurata col dinamometro svela una diminuzione considerevole a destra.

(a sinistra 60, a destra 13)

Esame elettrico negativo.

Diagnosi anatomica. Fenomeni di paralisi radicolare inferiore del plesso brachiale destro secondo il tipo di Claude Bernard e di Déjerine-Klumpke.

Il caso è eccezionalmente interessante dal lato chirurgico, neuropatologico e medico-legale.

1. Dal lato chirurgico.

Le paralisi traumatiche acute del simpatico sono molto rare. Seeligmüller, ha portato alla quistione il maggiore contributo, nella revisione dei casi pubblicati che egli fa nella enciclopedia d'Eulemburg del 1896, non li crede superiori a 20 e, che noi sappiamo, non venne dopo d'allora pubblicato alcun nuovo caso.

Il nostro caso si differenzia pel meccanismo da quelli fin'ora descritti: generalmente la lesione del simpatico cervicale e delle sue radici avvenne per ferite laterali del collo: citiamo il caso di Moebius quello di Kampf, di Ross ecc.

Che questa lesione così profonda sia stata prodotta da un'arma, che ha attraversato tutto il collo rispettando i vasi più importanti del collo, non fa meraviglia: l'elasticità e la mobilità del fascio giugulo-carotideo sono sufficienti a spiegare con quale facilità esso sfugge innanzi allo strumento vulnerante.

Sono comuni e numerose le osservazioni di larghissime ferite che hanno attraversato tutto il collo nel senso antero-posteriore fino a ledere il midollo, rispettando unicamente il fascio nerveo-vascolare.

La forma poi del coltello che è tagliente soltanto pel breve tratto obliquo della punta, mentre i lati paralleli sono ottusi, ci spiega benissimo come esso abbia potuto spingere indietro la trachea senza ferirla e, spostando i vasi all'esterno, produrre una lesione così profonda.

L'emorraggia copiosa fu senza dubbio originata sia dalla lesione del parenchima dalla tiroide attraverso al quale il coltello è certamente passato, e con tutta probabilità dalla ferita della giugulare anteriore superficiale o profonda o da qualche tiroidea.

2. Dal lato neuropatologico:

Quanto ai fenomeni di paralisi radicolari dei muscoli alla dipendenza del mediano e del cubitale ed alle parestesie a striscia caratteristiche della metameria radicolare della 7. 8. cervicale e 1. dorsale esistono evidenti i sintomi di una paralisi del simpatico o per lo meno delle fibre oculo-pupillari.

Confortano la nostra diagnosi:

il restringimento della rima palpebrale,
la miosi pupillare,
la retrazione del bulbo,
l'esame del fondo dell'occhio.

Quest'ultimi sintomi di paralisi simpatica potrebbero spiegarsi colla lesione concomitante del ganglio cervicale inferiore o dei suoi rami superiori (anastomotici).

La lesione del ganglio cervicale inferiore e dei suoi rami anastomotici è quasi sempre inconcepibile senza la lesione contemporanea o della vertebrale o della succlavia con cui questi cordoni nervosi contraggono intimi rapporti.

Esclusa quindi una lesione del ganglio cervicale inferiore o dei suoi rami ascendenti il meccanismo diviene assai chiaro supponendo la lesione delle radici 7. 8. cervicale e forse anche della 1. dorsale a monte del punto da onde si distaccano i rami comunicanti col suddetto ganglio.

Dalle esperienze di Claude Bernard e dalle più recenti di Dèjerinc-Klumpk. dagli esperimenti fisio-clinici di Sanos e Seguin, dai più recenti di Oppenheim (1897) è messo fuori di discussione che una lesione di queste radici, a monte del punto d'emergenza dei rami comunicanti, produce la medesima sindrome di una lesione del ganglio.

E del resto Seeligmüller afferma che nelle massima parte dei casi di lesione traumatica (9 sopra 13) non è il tronco principale del simpatico che è leso, ma piuttosto i rami che lo legano col plesso brachiale.

3. Dal lato medico-legale, in quanto la prognosi deve essere molto riservata, non ostante che lo stato generale dell'individuo non appaia sensibilmente alterato.

Se è vero che le paralisi di tipo radicolare hanno una tendenza notevole al miglioramento (ed il nostro caso ne è una prova) possiamo noi indurne una reintegrazione fisiologica?

Frattanto persistono dopo quattro mesi le parestesie e l'indebolimento della forza muscolare.

E la lesione del fondo dell'occhio persistendo ancora per qualche tempo, non possono forse determinarsi alterazioni permanenti della funzione visiva?

La deformità del viso deve considerarsi soltanto temporanea?

Sono tutte incognite a cui la patologia del simpatico non ha dato ancora una risposta e nessun perito sarebbe in grado per ora di dare un giudizio definitivo.

E' superfluo che noi aggiungiamo che i fenomeni oculo-pupillari ed il reperto oftalmoscopico escludono assolutamente la simulazione.

BIBLIOGRAFIA

Möbius. Zur Pathologie des Halssimpathicus. *Berl. klin. Woch.* 1884 § 224 n. 250. — Seeligmüller. Zur Pathologie des simpathicus *Deutsches Arch. f. klin. med.* 1877. -- Seeligmüller Eulemburg's Encyclopädie 9. Bd. S. 192 1895. — Kämpf, Zitz der R. Gesell. d. aertzte Wien März 1872. — Ross *Med. Times and Gaz.* I. 1712-1883. — Glinger Mode insolite de suicide par section du cou Vierteljahr fur gericht *Med. und ff. san.* Bd XXXIV Hennecart suicide par large plaie du cou *Bull. d. c. societé anat. de Paris* 1896. — Déjerine-Klumpke. Contribution à l'étude des paralysies radicoulaire du plexus brachial. *Revue de mèdicine* 1895 pag. 769. — *Archiv. of sciéntific and pratical medicine* 1873 N. I.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE NEKER DI PARIGI Prof. Rendu

Un caso di sclerosi laterale amiotrofica. — Una donna di 32 anni, lavorante in caoutchouc, presentava negli ultimi di febbraio dei sintomi di mielite: difficoltà nel cammino, talloneggiamento, indebolimento progressivo; intelligenza integra. Ha antecedenti nervosi ereditarii.

Nel giugno del 1898 una mattina si svegliò con una paralisi accentuata delle due gambe; la paralisi durò per 15 giorni. In settembre l'accidente colpì le braccia in modo transitorio. Nel gennaio del 1899 è ripresa dalla paralisi degli arti inferiori; e da imbarazzo nella parola. Entra all'ospedale il 17 febbraio; in quest'epoca esisteva paresi degli arti inferiori, talloneggiamento, segno di Romberg. Gli arti superiori, gli sfinteri erano integri. La sua parola era strascicante; i movimenti della lingua erano possibili ma lenti; poteva soffiare ma con esitazione; vi era paresi del velo del palato. Nessun disturbo obbiettivo della sensibilità. Però l'ammalata avea dei formicolii, intormentimenti agli arti inferiori, dei crampi fuggevoli ai polpacci, senso di freddo alle piante dei piedi. I riflessi tendinei erano esageratissimi agli arti inferiori. A questo momento la sua intelligenza era integra.

Però ella avea cefalee frequenti, qualche obnubilamento, qualche disturbo visivo, delle mosche

volanti; udito indenne. Si trattava d'isterismo o di tabe? L'inferma non avea mai avuto crisi nervose, disturbi mentali; poi nell'isterismo i disturbi sensitivi sono più accentuati dei motori. Il campo visivo non era ristretto. Per la tabe, all'infuori del segno di Romberg e dell'incoordinazione, non esistevano altri sintomi. Nella mielite cronica semplice si costata una paraplegia progressiva, e parallelamente vi è una diminuzione della motilità, della sensibilità e dei riflessi; non vi sono cefalea e disturbi della parola. Restò così l'ipotesi di una polinevrite diffusa generalizzata, che diede luogo alla paresi progressiva, al talloneggiamento, al dimagramento dei muscoli del polpaccio ed ai disturbi nei nervi cerebrali. Si poteva credere che questa polinevrite dipendesse dall'intossicazione solfo-carbonica. Però il Rendu non era sicuro di questa diagnosi. Nell' intossicazione solfo-carbonica vi ha un indebolimento generale senza paralisi localizzata, niente di netto nella sua distribuzione, di più esistono dei disturbi della sensibilità, ora iperestesia, ora anestesia poichè si tratta spesso di isteriche; infine le masse muscolari sono dolorose. Dal 2 marzo cominciò a presentare una paralisi completa degli arti inferiori, ad avere incontinenza urinaria e disturbi mentali; ella presentava il pianto spasmodico (Brissaud), che è sintomatico d'una lesione cerebrale. Frattanto s'erano sviluppati lentamente ma nettissimamente i sintomi di una paralisi glosso-labio-laringea. La sensibilità riflessa del palato e dell'ugola erano scomparse, ciò che indicava una lesione dei centri riflessi di questa regione. Infine ella avea dei dolori oculari profondi e dilatazione permanente della pupilla. Il 6 marzo compare la paralisi, sebbene incompleta agli arti superiori, albuminuria, incontinenza di urine e di feci. Allora si emisero nuove ipotesi: si trattava di un tumore vago a sviluppo assai rapido a livello del bulbo e della protuberanza, o di una sclerosi laterale amiotrofica? Il Rendu pendeva per l' una e per l' altra ipotesi. I tumori bulbari dànno luogo alla paralisi labio-glosso-laringea, a fenomeni oculari, ad incertezza nel cammino, ad albuminuria. In questo caso però mancavano i vomiti, molto frequenti e precoci nei casi di tumori bulbari; in questi poi per lungo tempo i riflessi faringei sono conservati e vi sono dei sintomi che permettono la localizzazione della lesione: una paralisi alterna, quella del III. paio di un lato e l'emiplegia del lato opposto. Nei tumori bulbari ci sono disturbi intellettuali precoci e cecità con fenomeni di nevrite e perinevrite ottica. La sclerosi laterale amiotrofica é un'affezione che risulta dall'irritazione del fascio piramidale, ha un decorso progressivo, ad inizio ora midollare, ora bulbare ed encefalico. Si hanno delle contratture e degli spasmi muscolari. In questa donna non si sono avute contratture nè crampi bruschi, ed essa ha avuto sovratutto esagerazione dei riflessi e paralisi glosso-labio-laringea; infine, verso la fine della sua vita, ha avuto un' atrofia dei peronieri laterali. Si trattava quindi di una sclerosi laterale amiotrofica ad evoluzione rapida. Alla fine della sua vita presentò dei fenomeni denotanti una nevrite periferica secondaria; la malata ebbe dolori ed edema al polpaccio sinistro, mentre il piede prendeva un'attitudine varo equina.

Infine, poi ebbe fenomeni uremici, febbre, dispnea, per interessamento dei nuclei bulbari del vago. La morte nella malattia di Charcot avviene per il bulbo o per infezione secondaria proveniente, per esempio da un' escara sacrale. Questa malata però mai ebbe delle escare; ella offerse all' autopsia una cistite ed una nefrite, un focolaio di bronco-pulmonite e una pleurite purulenta, localizzata, incistata, un fegato infettivo tipico.

L'autopsia confermò la diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica: il corpo calloso era friabilissimo, i peduncoli cerebrali, rammolliti nel piano inferiore, cioè là dove passa il fascio piramidale, la protuberanza era molto atrofica, sovratutto dal lato destro. Il bulbo presentava un'atrofia parallela, ma dal lato opposto, a livello del fascio piramidale sinistro. I nervi bulbari erano un po' gracili, il nervo ottico non presentava ad occhio nudo alcunchè di particolare. Nel midollo vi era sclerosi a livello del fascio piramidale diretto e crociato. L'affezione osservata in questa malata non era classica. Ordinariamente le lesioni dominano a livello del midollo cervicale, di modo che ciò che domina è la paralisi degli arti superiori e della parte superiore del corpo, mentre che la parte inferiore è rigida. La malata presente ha avuto una serie di fenomeni successivi forse congestivi perchè sono guariti; ciò è interessante a conoscere poichè in tal periodo della sclerosi si può agire energicamente. Essa non ha avuto contratture nette, ma crampi o faccia piagnucolosa; non atrofia ma piuttosto un' emaciazione generale.

HÔTEL-DIEU DI MARSIGLIA — Reynaud

Pulmonite traumatica per contusione

Nel riparto del Prof. Villan ha osservato due casi di pulmonite insorta in seguito ad un traumatismo del torace. Questo accidente è rarissimo, su 320 pulmoniti nell' uomo il Litten ha costatato 14 volte solamente l'origine traumatica, ossia il 4, 4 0[0. Il 1° caso riguarda un uomo di 37 anni, carrettiere, entrato nell'ospedale il 26 dicembre 1899. Narra che il 25 dicembre il timone del suo carro lo colpì violentemente nella regione laterale destra del torace, sbattendolo contro il muro. Ebbe subito dopo un'emottisi abbondante. Allora comparve un violento dolore nel punto contuso; la respirazione dapprima accelerata, 36 ore dopo divenne considerevolmente impacciata; senza brivido iniziale comparve una febbre intensissima, una tosse penosa con sputi sanguinolenti. Vi ha ecchimosi estesa dal 6° al 9° spazio intercostale sull' ascellare; sonorità

alta dal lato ferito, diminuzione dell'elasticità della parete al dito in tutta la zona contusa; diminuzione del mormorio respiratorio, sfregamenti pleurali alla base destra, avanti, dietro e specie lateralmente; rantoli crepitanti e sotto-crepitanti, associati a qualche rantolo da bronchite; risonanza della voce senza broncofonia vera; niente soffio tubario. A sinistra qualche sibilo disseminato. Tosse frequente, espettorato trasparente, aerato, vischioso, aderente alla sputiera, con qualche stria sanguigna e purulenta. Temp. 38,9, polso 102, respiro 40. All' esame batteriologico: cellule di pus, emazie, numerosi pneumococchi incapsulati, streptococchi isolati ed a catena. Il 26 dicembre si fanno delle ventose scarificate, si dà l' ipecacuana, il latte alcoolizzato (poichè il malato è un alcoolista). Per due giorni lo stato pulmonare resta stazionario. Il 29 abbattimento considerevole; temp. 37,8, polso 98, respiro 32; s'iniettano c. c. 100 di siero artificiale per combattere la prostrazione; la sera 38° 7. Il 30 dicembre l'ammalato sta meglio; i rantoli crepitanti sono scomparsi; si ascoltano rantoli sotto-crepitanti a grosse bolle e rantoli di bronchite che tendono ad invadere le ramificazioni di tutto il lobo inferiore destro; la sera 38°; a datare da questo giorno la temperatura non ha oltrepassato i 37° 5. Il 1° gennaio 1899 il malato non prova che un disturbo leggero al punto contuso allorquando tossisce: si fa una rivulsione energica in tutto il lato destro. Il 3 non vi ha che qualche sfregamento alla base sulla linea ascellare destra; qualche rantolo umido disseminato. I segni pulmonari regrediscono con rapidità sorprendente, e l'ammalato l'8 esce guarito.

L' altra osservazione riguarda un incisore di 29 anni. La notte del 4 aprile 1899 parecchi individui lo batterono producendogli contusioni alla testa ed al petto. Subito dopo sputo di sangue rosso in abbondanza. La dimani dolore violento al di sopra della mammella destra, irradiantesi alla spalla ed al dorso; il giorno appresso febbre, senza brivido iniziale e nuova emottisi. Il 7 aprile: anoressia, vomito, tosse penosissima, rari sputi commisti a sangue. Entrato all' ospedale il 10 aprile presenta faccia contratta, gota destra coloratissima, lingua patinosa, costipazione, urine rare, scure, con tracce di albumina; temp. 37°8, polso 98, respiro 34; nessuna traccia di contusione al torace, ma la palpazione è dolorosissima a livello dell'omoplata e della mammella destra. Alla percussione sub-ottusità nella zona dolorosa, dietro ed in avanti; respiro debole a destra; qualche sfregamento pleurale in avanti a 5 cm. dallo sterno, sotto la IVª costa; rantoli sottocrepitanti disseminati nel 1|3 superiore del polmone e nell' ascella destra. Dietro nella fossa sopra-spinosa destra, soffio tubario leggero, broncofonia e focolaio di rantoli sotto crepitanti a bolle fini in tutta la regione dell'omoplata. Alle due basi qualche rantolo da congestione; espettorato poco abbondante, muco-purulento con piccoli grumi di sangue nerastro; pneumococchi tipici, numerosi diplococchi incapsulati, stafilococchi, cocchi indeterminati. Per due giorni questo stato resta stazionario; la temperatura oscilla tra 37°4-37°8. Il 13 la dispnea si calma, scompare l' albumina dalle urine, le deiezioni sono abbondanti, il soffio tubario è leggerissimo; esistono pochi rantoli da bronchite nel polmone destro. A cominciare dal 14 la temperatura non oltrepassa più i 37°5. I giorni seguenti si ha una regressione rapida di tutti i sintomi, finchè il 23 aprile l'ammalato esce guarito.

Queste osservazioni sembrano riassumere il tipo clinico un po' speciale della pulmonite traumatica. Fra tutti i traumi le contusioni sono il più spesso seguite da pulmonite; le contusioni possono essere indirette (Lieutard e Portal), o per lo più dirette (Morgagni, Portal, Boyer, Tliegel, Lerminiere Audral, Proust, Mendriner, Koch, Sturges, Minassi, Mac Dongal, Meunier, Parlier, ecc.). Non si sa come si produca la lesione iniziale in queste pulmoniti da contusione; se essa dipenda da disturbi nervosi nei sistemi di difesa dell'apparecchio respiratorio, o da una modificazione meccanica del tessuto pulmonare, o da disordini nel circolo pulmonare. Qualunque sia la teoria ammessa, la contusione gode lo stesso ufficio del colpo di freddo nella pulmonite volgare. Le reazioni che essa provoca sono in rapporto con la resistenza individuale, che, quasi sempre, è stata trovata *diminuita*. La fenomenologia ha un decorso un po' speciale. Nei due malati del Reynaud è da notare la violenza e la tenacia del dolore puntorio avente sede nella zona contusa, iniziato poco dopo il trauma e non scomparso se non con la pulmonite; l'intensità della dispnea e l'abbondanza dell'emottisi sin dall'inizio dell'accidente; poi la comparsa, senza brivido iniziale, di una febbre poco elevata e di corta durata, non raggiungente i 39° nell'uno e non oltrepassante i 38° nell'altro. Inoltre in 3-4 giorni la temperatura è tornata normale, non bruscamente, ma per lisi. È da notare l' abbattimento grave, sebbene passeggiero dei malati. Sono notevoli gli sfregamenti pleurali che esistono fin dall'inizio, non sono accompagnati da versamento, e che persistono anco dopo la scomparsa dei fenomeni pulmonari. Ma, il caratteristico di questa flogosi traumatica è dapprima una mescolanza complessa di rantoli crepitanti, sotto-crepitanti e sibilanti, tra mezzo ai quali si percepisce un soffio tubario leggiero. I risultati dell' esame batteriologico nei due casi del Reynaud concordano con tutti quelli segnalati in questi ultimi anni (Petit, Gamaleia, Montgour, Tanier, Cornil e Marie, Koch, Wendiner, Murri, Sokolowski ecc.): sebbene la pulmonite traumatica, considerata da Vulpian, Charcot, Balzar, come un' infiammazione catarrale del polmone, è posta oggi nel quadro delle pulmoniti

lobari. Entrambe sono funzione dello pneumococco e ne differiscono solo per la causa occasionale (T h o i n o t). Bisogna però riconoscere il carattere essenzialmente fugace e benigno che presenta in genere la pulmonite traumatica; la guarigione si ottiene quasi sempre, poichè i casi, che si complicano con gangrena, non sono fatalmente mortali.

Insomma, la pulmonite che capita per una violenza esteriore è. come diceva il G r i s o l l e, in qualche modo un atto fisiologico e riparatore producentesi in un individuo in genere godente buona salute ed un in organo che non ha comunemente alcuna predisposizione morbosa. Così sembra che si spieghino le differenze che la separano dalla pulmonite spontanea, in cui il processo infettivo, lungi dall' esaurirsi subito, si prolunga spesso in modo da modificare il decorso e l' esito della malattia.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Presidente P e r r o n c i t o

Seduta del 30 giugno 1899.

(nostro resoconto particolare)

***Sperino.* Sopra un raro caso di tumore del cuore.** — S p e r i n o a nome del prof. M a r t i n o t t i presenta un lavoro del prof. C a n t e l l i sopra un raso caso di *tumore* del cuore: rabdomiosarcoma. I tumori primitivi del cuore sono rari e rarissimi i rabdomiomi.

Questo caso è notevole per il volume assunto dal tumore come si rileva da una figura presentata.

***Fusari.* Sulle diverse forme di appendici che possono essere presentate dalla guaina radicolare esterna dei peli dell' uomo.** — I follicoli piliferi dell' uomo possono presentare diverse forme di appendici che F u s a r i divide in tre gruppi. Le appendici del 1° gruppo si trovano in quei follicoli piliferi che sono privi di ghiandole sebacee ed occupano il posto di queste: esse hanno il valore di ghiandole sebacee, rudimentali. Il P i n c u s le ha ricordate nella descrizione dei follicoli in un neo, ma si trovano frequenti anche nello stato normale, specie nei follicoli della faccia tanto grandi che piccoli. Esse hanno una forma caratteristica di manicotto involgente il follicolo ed aderente per la sua periferia superiore: sono lunghe mm. 0,15-0,30 e constano di due strati epiteliali di cellule cubiche od appiattite. Fra i due strati si possono trovare dei gruppi di cellule presentanti in diverso grado la struttura di quelle delle ghiandole sebacee. Le appendici del 2° gruppo sono situate sulla porzione media del follicolo del pelo e non hanno rapporto diretto col m. *arrector pili*: osservate per la prima volta da K ö l l i k e r, vennero poi studiate da altri in specie da G i a c o m i n i da V a r a g l i a e C o n t i i quali diedero interpretazioni differenti. Il F u s a r i avendo osservato che fra queste appendici, talune possono svilupparsi in modo da possedere una vera papilla ed anche un vestigio di pelo, ammette col più degli osservatori predetti che esse rappresentino follicoli piliferi rudimentali. Al terzo gruppo ascrive quelle appendici della porzione media del follicolo le quali sono situate sul punto d' inserzione del m. *arrector pili.*

Osservate da V. E b n e r e da U n n a studiate poi da E r o f f da D i e r i n g e da altri vennero per lo più ritenute come un prodotto dell' inserzione del muscolo erettore; il solo T o r r i le fece analoghe ai peli secondari di diversi mammiferi. F u s a r i osserva che se si fa astrazione del particolare rapporto che queste appendici hanno col muscolo erettore, esse presentano gran parte di quelle particolarità che si osservano nelle appendici del gruppo precedente, come quelle occupano la parte media del follicolo e possono presentare nel loro interno dei detriti cellulari, cellule epiteliali cornee e perle epiteliali, talora possano anche presentare un vestigio di papilla; egli attribuisce perciò anche a questi prolungamenti il valore dei follicoli piliferi rudimentali. Fra le appendici dei due ultimi gruppi vi ha solo differenza per il tempo dello sviluppo, quelle del 2° gruppo si sviluppano solo nel tempo in cui si formano i peli di sostituzione; quelle del 3° invece si manifestano precocemente quando il pelo primitivo è ancora in via di formazione. Per tale considerazione F u s a r i crede accettabile l'opinione di T o r r i sebbene il modo di sviluppo di tali appendici non si porrà perfettamente raffrontare con quello dello sviluppo dei peli secondari.

***D. Ottolenghi.* Contributo all'istologia della ghiandola mammaria funzionante.** — Ha istituito sulla cavia, sul coniglio, sul *mus decumanus albinus* e sulla vacca, delle ricerche intorno ad alcune fra le questioni più dibattute sull'istologia della ghiandola mammaria funzionante. Le conclusioni alle quali pervenne, sono, in breve, le seguenti: 1° Alla secrezione del latte prende parte normalmente buon numero di leucociti che, migrati dall'interstizio, si mescolano al secreto contenuto negli alveoli. 2° Non solo nella cavia, ma anche nella coniglia, si può, con particolari accorgimenti, dimostrare la comparsa di grasso nell'interno dei nuclei dell'epitelio ghiandolare. 3° I globi di N i s s e n si presentano costantemente nelle ghiandole dei varî animali e durante tutto il periodo d'allattamento. Essi stanno ad indicare una distruzione dell'epitelio funzionante, dal quale, per diversi processi cariolitici, derivano. Però la genesi di alcune forme di globi di N i s s e n deve riporsi nei leucociti infiltrati nella parete dell'alveolo. 4° La rigenerazione delle parti andate perdute avviene, nel *mus decumanus*, per mitosi che si associa, nella cavia e nella coniglia, alla scissione diretta. Le figure cariocinetiche, sebbene estremamente scarse, compaiono anche nella vacca.

Ascoli. **Sulla presenza nel circolo dei globuli rossi nucleari.** — Fondandosi sul fatto generalmente ammesso della assenza dal circolo di globuli rossi nucleati in condizioni fisiologiche, il Neumann sostenne che formandosi nella vita estrauterina dei punti d'ossificazione con globuli rossi nucleati tipici indipendentemente dal midollo preesistente, è necessario ammettere una origine di questi elementi da elementi non emoglobinici. Ora l'Ascoli trovò nel sangue della vena nutritizia della tibia, dopo la sua uscita dal midollo in cani, sia durante la narcosi che dopo averli sacrificati, costante la presenza d'uno scarso numero di globuli rossi nucleati. Questi elementi, potendo arrestarsi nei punti d'ossificazione, spiega la presenza in essi di questi elementi senza che perciò sia d'uopo ricorrere ad una trasformazione di globuli bianchi in emoglobinici.

Ugualmente l'Ascoli dimostra non sostenibili altri argomenti di Neumann e Löwit a comprovare la necessità di una origine dei globuli rossi da cellule incolori e giunge alle conclusioni che si trovano in circolo in condizioni speciali globuli rossi nucleati e che non è *necessario* ripetere l'origine delle emazie da elementi non contenenti emoglobina.

S. Varaglia. **Sul significato di un prolungamento fibroso che dal muscolo pectoralis major va alla capsula dell'articulatio humeri nell'uomo.** — Richiama l'attenzione sopra un prolungamento tendineo o fibroso, già segnalato, ma non interpretato da taluni autori, il quale dalla faccia dorsale e dal margine superiore del tendine del gran pettorale si porta in alto e termina sulle tuberosità omerali e sulla capsula, continuandosi anche talvolta col tendine del muscolo sopra-spinato o col legamento coraco-omerale. Descrive minutamente le varie modalità di disposizione riscontrate in 50 osservazioni, dalle quali risulta ad evidenza trattarsi dei residui di un organo scomparso: dimostra come tale prolungamento sia una dipendenza del m. piccolo pettorale fondandosi specialmente sulle numerose varietà delle inserzioni laterali del *pectoralis minor*, nella specie nostra e nelle medesime inserzioni del *pectoralis profundus* nella serie dei vertebrali: di tali organi infatti si può seguire tutta la serie degli spostamenti delle inserzioni nello sviluppo filogenetico, per cui a tale cordone fibroso viene logica la spiegazione data dal Varaglia.

Foà e Cesaris-Demel. **Sull' azione dei veleni bacterici sul midollo delle ossa.** — Continuando lo studio sul midollo osseo pubblicato lo scorso anno dal prof. Foà, e nel quale erano rilevate alcune circostanze che favorivano la fagocitosi dei globuli bianchi da parte dai megacariociti del midollo delle ossa e il trasporto embolico nel polmone dei nuclei giganteschi di questi elementi, hanno osservato gli effetti della iniezione endovenosa di estratti acquoso-glicerici dei corpi di alcuni bacilli patogeni, quali il *bacillus coli*, *il bacillus icterodes*, quello del colera dei polli e di Friedländer. Seguirono giorno per giorno l'andamento della leucocitosi che ne deriva, e rilevarono che quando la leucocitosi si manifesta sino al giorno della sua scomparsa, il midollo delle ossa si carica di leucociti a nucleo polimorfo, i quali vi vengono distrutti per opera dei megacariociti. Che cosa avvenga della sostanza bacterica che introdotta dal sangue attrae per chemiotassi positiva i globuli bianchi, gli autori si riservano di ricercare; frattanto, essi poterono convincersi che i globuli attratti vanno presto accumulandosi al midollo ove subiscono la loro distruzione.

Benchè meno tumultuariamente l'identico fenomeno sostanzialmente si produce nei conigli cui si abbia ristretta la v. porta al di sopra della v. splenica, e in cui si abbia legata questa ultima. Dopo qualche giorno dall'operazione ha luogo una iperleucocitosi, e in pari tempo i globuli bianchi si vanno depositando e distruggendo nel midollo delle ossa. È una chemiotassi che esercitano i materiali assorbiti della milza in cui ristagna la circolazione come se si iniettassero direttamente nel sangue.

Trovarono l'addensarsi di leucociti nel midollo in corrispondenza della leucocitosi nel sangue. Gli elementi mononucleati si trasformano poi abbondantemente in leucociti polimorfi per riparare quelli che andarono distrutti. Altri elementi mononucleari più giovani si moltiplicano per cariocinesi, onde compensare quelli che si trasformano in leucociti.

Subentra un periodo di aplasia nel midollo, in cui abbonda la sostanza gelatinosa e scarseggiano gli elementi. Anche molto sangue va distrutto e i globuli rossi nucleari che nei primi giorni sono ancora abbondanti finiscono coll'essere molto scarsi. Ciò avviene fra il 5. e l'8. giorno. Ma verso il 10° giorno si trova una notevole trasformazione del midollo il quale diventa ricco di ematoblasti grandi e piccoli, mentre le cellule midollari mononucleate e i grandi leucociti signoreggiano quasi esclusivi fra gli elementi del midollo.

Anche i megacariociti subiscono varie vicende; chè nei primi giorni lavorano a distruggere globuli bianchi e si distruggono essi stessi. Perciò più avanti sono molto scarsi, ma finalmente quelli che sono rimasti offrono una grande ricchezza di protoplasma o di gemmazioni nucleari, altri nuovi si vanno formando.

Nel sangue ha luogo per l'avvelenamento una leucitosi d'attrazione primitiva o chemiotassica, cui segue una leucocitosi da neoformazione, secondaria o produttiva.

Foà e Cesaris-Demel riferiranno più tardi le ricerche non ancora finite sullo stafilococco, il quale si comporta diversamente dai batterii predetti. Essi si propongono inoltre, di ricercare il rapporto eventualmente esistente fra i fenomeni da essi osservati e l'immunità acquisita.

Gradenigo. **Sulla leptomeningite.** — Comunica 4 casi di leptomeningite otitica, dei quali 3 notevoli per il loro esito di guarigione e il quarto per le difficoltà diagnostiche presentate. Dei primi 3, 2 hanno speciale valore perchè la diagnosi di leptomeningite purulenta potè esser stabilita con sicurezza per il risultato positivo della puntura lombare. *Caso 1°*: Donna di anni 27; otorrea sinistra dall'infanzia; all'atto operativo sulla cassa e sulla mastoide si trovò colesteatoma e si rintracciò ed evacuò un vasto ascesso estradurale in corrispondenza al gomito del seno sigmoideo; i sintomi meningitici andarono attenuandosi nei giorni successivi e si ebbe guarigione. *Caso 2°*: Donna di 35 anni; otite purulenta cronica destra dall'infanzia. Sintomi classici di meningite; puntura lombare con risultato positivo. Operazione radicale sull'orecchio medio e sulla mastoide; dura per piccolo tratto a nudo; i fenomeni gravi scomparvero dopo alcuni giorni dall'intervento. Guarigione. *Caso 3°*: Ragazzo di anni 13; otite acuta purulenta sinistra in quindicesima giornata; fenomeni meningitici. Si evacuò molto pus dalla cassa con larghe paracentesi timpaniche; antrectomia esplorativa con risultato negativo; puntura lombare positiva; guarigione. Il quarto caso concerne una ragazza di 14 anni quasi del tutto sorda per otorrea bilaterale dall'infanzia. Si operò l'orecchio destro con intervento radicale senza trovare dura a nudo; in terza giornata insorsero sintomi meningitici e all'autopsia si riconobbe che la infezione meningea era provenuta dal temporale sinistro ove esistevano alterazioni di alto grado endocranico e di data antica rimaste affatto latenti, cioè: ascesso estradurale perisinusale, incipiente trombosi del seno e degli emissari mastoidei.

Ostino. **Trasmissione del suono attraverso le ossa.** — Riferisce sulle sue esperienze di controllo al fenomeno osservato nei malati d'orecchio da Egger e Bonnier nella trasmissione solida del suono del diapason appoggiato sulle ossa periferiche. Trovò 1. che la durata di percezione del diapason applicata sulla rotula o sul polpaccio non è che una frazione della durata di percezione del diapason applicata al vertice, frazione che s'avvicina all'unità nelle malattie dell'orecchio interno; 2. che la laterizzazione del suono del diapason è più squisita al vertice che sulle ossa e parti molli periferiche: 3. che la presenza di percezione del diapason applicato al polpaccio esclude ogni simulazione di sordità bilaterale stando ad attestare una malattia dell'orecchio medio, mentre dalla mancanza di percezione sonora del suono del diapason sulla rotula non si può nulla dedurre in merito alla simulazione o meno di sordità.

Fornaca

CHIMICA CLINICA

LA RICERCA DELLA TIROSINA

Si pone sotto l'obbiettivo del microscopio una lamina di vetro sulla quale si mette una piccolissima quantità del sedimento od una particella di sabbia o di calcolo. Con una bacchetta di vetro intinta nell'acido cloridrico puro e concentrato, si depone una goccia di acido sul porta oggetti, accanto alla materia da esaminare. Allorquando l'acido arriva in contatto del sedimento, i cristalli di cistina, solubili nell'acido cloridrico concentrato, scompaiono molto rapidamente; mentre la tirosina, quasi insolubile per tali condizioni, si dispone in aghi aggruppati a fasci o in stelle caratteristiche. Se si ha cura di seguire la reazione al microscopio, si vede molto nettamente e progressivamente la comparsa degli aghi di tirosina, a misura che scompaiono quelli di cistina e di altre sostanze. La colorazione giallo-verdastra scompare egualmente. Il Moreigne pensa che essa sia dovuta alla presenza di leucina. Invece di umettare la preparazione con acido cloridrico concentrato, se si aggiungono previamente due o tre gocce d'acqua distillata e quindi una goccia di acido (ciò che equivale a trattarla con l'acido diluito), tutto si discioglie rapidamente. (*Archives générales de médecine* n. 6, giugno 1899).

L'ANALISI QUANTITATIVA DELL'INDICANO

Il Volowsky raccomanda il processo seguente: In un cilindro di cc. 100 si versano cc. 10 di una soluzione di sale di saturno (acetato neutro di piombo al 25 0[0) e si aggiunge l'urina (di cui si stabilisce dapprima la densità e la quantità nelle 24 ore) fino ad avere cc. 100 di mescolanza. Se l'urina è molto colorata la si diluisce di metà con l'acqua. Mediante un conta-gocce graduato in modo tale che gocce XX corrispondano a cc. 1, si aggiunge una goccia nel primo, 2 nel secondo, 3 nel terzo tubo, di ipocloruro di potassio nel quale il titolo del cloro attivo sia molto preciso, (1 0[0); i tubi sono agitati e lasciati per 2-3 minuti.

Si aggiunge ad ogni tubo cc. 5 di acido cloridrico di densità 1,19. I tubi sono agitati e lasciati per 4-5 minuti, fino a che le pareti riscaldate dei tubi si raffreddino.

Infine, si aggiunge cc. 1 di cloroformio e si agita una diecina di volte. Tosto il cloroformio si deposita al fondo dei tubi.

Se la quantità d'indicano è normale (gr. 0,006-0,007 al giorno) il primo tubo è appena colorato, il 2° lo è di più, il 3° non lo è punto. Per maggior precisione si possono aggiungere nei due tubi contenenti 1 o 2 gocce di ipocloruro, 5 gocce della soluzione di ipoclorito diluito al 1[10 cioè contenente l'1 0[0 di cloro attivo, e si agita.

Si ottiene, dopo l'addizione del cloroformio, una

serie di estratti cloroformici con colorazione gradualmente crescente e decrescente fino a scomparsa completa della colorazione. Il *maximum* di colorazione indica il numero delle gocce necessario per la titolazione dell'indicano; se l'urina ne contiene molto, bisogna continuare ad aggiungere sempre delle gocce fino alla scomparsa della colorazione.

Se vi è poco indicano bisogna servirsi per ottenere la graduazione della colorazione della soluziono al 1 0|00 di cloro attivo.

Una goccia della soluzione all' 1 0|0 corrisponde a gr. 0, 10 di cloro per litro di urina; se, per es., per un'urina di cc: 1600 per 24°, si é oltrepassato una goccia e mezza, che corrisponde a gr. 0, 24 di cloro, questa quantità normale variando da gr. 0,20-0,30 di cloro; in media gr, 0,25-0,26. Per avere la quantità relativa bisogna dapprima trovare la quantità delle sostanze solide delle urine, servendosi del moltiplicatore 2,33 di Haiser. Per esempio, in un'urina di peso specifico di 1,018 si moltiplichi 18 per 2,33; ciò dà gr. 44 per litro, nel nostro esempio di 1600 gr. si avrà gr. 72-40. La media è di gr. 65 per 24 ore corrispondente a gr. 0,0065 di indicano.

Dunque gr. 65 di sostanze solide vogliono gr. 0,26 di cloro, ciò che corrisponde a 0,0065 d' indicano; e gr. 10 domandano gr. 0, 04 di cloro corrispondente a gr. 0,001 di indacano; non si ha che a trovar la cifra corrispondente, basandosi su quest'ultimo dato.

Questo processo si può compiere in non più di 30 minuti. (*La Médecine moderne*. n. 49, 21, giugno 1899).

FORMULARIO

Grasset. — Contro il linfatismo e la scrofola

1. Acqua . . . . cc. 300
   Joduro di sodio . . . . gr. 10
   Bromuro di sodio . . . . . . » 20
   Cloruro di sodio . , ... » 40

Un cucchiaio alle 8 ed uno alle 4 nel latte.

2. Olio di fegato di merluzzo } ana cc. 450
   Acqua di calce }
   Acqua di lauro-ceraso . . . . cc. 100

Da uno a tre cucchiai dopo i pasti oppure;
   Bifosfato di calce . . . . . . gr. 10
   Acqua . . . . , . cc. 300

ovvero un preparato glicerofosfato.

3. Ogni mattina frizioni secche su tutto il corpo.

4. Due volte all' anno, in primavera ed autunno, prendere venticinque bagni tiepidi, di 10 minuti, con 5 chili di sal marino. Un bagno ogni 2 giorni.

5. In estate, soggiorno prolungato in riva al mare; 2 immersioni al giorno di 5 a 10 minuti.

Contro la clorosi

Artemisina . . . . gr. 0,001
Quassina cristallizzata. . . . . » 0,001
Protossalato di ferro . . . . . » 0,10

per una pillola. Quattro al giorno; due prima di ogni pasto.

NOTIZIE E VARIETÁ

La Lega nazionale per la protezione dei fanciulli deficienti

La propaganda a favore dei fanciulli deficienti,— pietoso eufemismo, che comprende i fanciulli neurastenici, cretini, idioti, ecc.—è giunta a dare un primo frutto, la costituzione, cioè di una Lega nazionale per la protezione di questi fanciulli.

Infatti al Collegio Romano fu tenuta l' assemblea generale dei soci per le elezioni del Consiglio direttivo; furono nominati: Presidente onorario l'on. Guido Baccelli ministro della pubblica istruzione, presidente effettivo l'on. Clodomiro Bonfigli direttore del manicomio di Roma.

Per domani è indetta nello stesso luogo la riunione dei nuovi eletti per prendere nota del lavoro già compiuto e per ulteriori accordi sul programma pratico, specialmente in rapporto alla fondazione in Roma del grande istituto nazionale per idioti, e alla trasformazione di alcune delle attuali scuole elementari in altre adatte a deficienti di maggiore età.

Il Comitato emiliano della Lega ha già aperto un bellissimo istituto per idioti a S. Giovanni in Persiceto.

Per la protezione dell'infanzia

Nel prossimo settembre avrà luogo a Buda-Pest il secondo Congresso internazionale per l'infanzia; il primo essendo stato tenuto in Firenze nel 1896.

Vi si discuteranno importanti argomenti d'interesse umanitario e sociale che riguardano i minorenni, dalla nascita ai 16 anni.

Il Congresso sarà diviso in quattro sezioni: giuridica, medica, pedagogica e di beneficenza.

Nel tempo stesso vi sarà una Esposizione nella quale figurerà quanto l'ingegno e l'industria hanno prodotto per gli usi della vita e della educazione dell'infanzia, considerata in tutte le fasi dello sviluppo e nelle sue diverse esigenze: quindi abbigliamenti, corredi, utensili, giocattoli, ninnoli, apparecchi per cure mediche e chirurgiche; pubblicazioni pedagogiche, statistiche, piante d'istituti, ecc.

Nelle Università straniere

Berlino. Pick si è abilitato alla libera docenza. —*Edinburgh.* Schäfer, professore all'University— College di Londra, è stato chiamato ad occupare il posto di professore di fisiologia. — *Petersburg.* Al posto del defunto prof. Kostiurin è stato nominato professore di farmacologia il docente Dottor Kramkow.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11. 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

DELLA MENINGITE CEREBRO-SPINALE

Questa chè è una delle più fatali tra le malattie acute, fortunatamente è la meno diffusiva tra le malattie epidemiche. La si trova spesso sotto forma sporadica, o a piccoli focolai, che di tanto in tanto poi acquistano più vasta estensione. Essa ha molti rapporti con la pulmonite, con la quale spesso si complica. Le due malattie hanno in comune le condizioni di stagione, la frequenza dell'erpete, la leucocitosi, l'essudato fibrino-purulento (Netter). Il grado di contagiosità è identico, e molti oggi sostengono che il microrganismo patogeno della meningite cerebro-spinale sia solo una varietà od una forma degenerata di pneumococco.

Weichselbaum descrisse un diplococco con speciali peculiarità culturali come agente specifico della meningite epidemica; e le sue osservazioni furono poi confermate da Jaeger, Heubner, Councilman, Mallory, Wright.

Il meningococco di Weichselbaum si trova di solito nell'essudato sotto forma diplococcica ed è incluso nei leucociti polinucleari, donde l'appellativo di intracellulare. Esso però può trovarsi anche libero. Si colora con i comuni metodi e si decolora col metodo di Gram. Vive meglio nel siero di sangue preparato secondo Löffler, sviluppandosi in colonie molto caratteristiche. Resiste molto all'ossidazione, è facilmente trasportato dalle correnti atmosferiche. Lo si trova nell'essudato cerebro-spinale, raramente nelle altre parti del corpo; ma lo si è isolato dal sangue, dal pus delle giunture, dalle aree pneumonitiche, e dal muco nasale. È debolmente patogeno per gli animali. I topi e i conigli resistono alle inoculazioni sottocutanee. Heubner e Councilmann hanno prodotto una meningite tipica inoculando le culture di meningococco sotto le membrane spinali delle capre.

Quanto alla frequenza delle associazioni microbiche Harris ha assodato la presenza della streptococco piogeno, e del *bacillus coli communis*, del bacillo tubercolare, e più spesso dello pneumococco.

Recentemente Netter ed altri hanno mosso dei dubbi sulla specificità del meningococco del Weichselbaum, ed assicurano d'averlo riscontrato solo nel 16-39 0[0 dei casi, ed in 10 di essi coesisteva lo pneumococco.

Non è sempre facile riconoscere clinicamente una meningite. Spesso solo all'autopsia se ne trovano le tracce in individui morti per tutt'altra malattia.

La leptomeningite primaria acuta nel maggior numero dei casi segue ad un'infezione da diplococco intracellulare o da pneumococco. A questo gruppo bisognerà forse pure assegnare la meningite sierosa di Quincke. Le forme dovute ai comuni piogeni ed al bacillo tubercolare vanno considerate come secondarie secondo la classificazione di Osler.

La sintomatologia della meningite cerebro-spinale compendia tutti i fenomeni che comunemente si riscontrano nelle altre forme di meningite, perchè è interessato tutto l'asse cerebro-spinale e spesso anche i nervi periferici.

L'inizio è sempre brusco, tranne nelle forme secondarie a pulmonite o ad endocardite, in cui la latenza è la regola.

Non vi è un tipo determinato di febbre. Questa può assumere qualunque forma. Spesso la temperatura torna al normale dopo 3-4 giorni. Talvolta si ha una curva termica identica a quella del tifo o della malaria; nei casi cronici si ha più somiglianza con quella della tubercolosi. È assai vario il tempo in cui la temperatura raggiunge il massimo.

Assai comuni, ma molto varie, sono le eruzioni cutanee, che Osler ha riscontrato in 13 casi su 21. In 8 si trattava di erpete, in 4 di eritema diffuso. In 8 vi erano delle petecchie; in 3 un'eruzione speciale attorno alle giunture, specialmente sulle superficie estensorie delle ginocchia e dei gomiti e attorno alle caviglie.

Quanto al sangue, qualche volta se ne può isolare il diplococco. Spesso si ha ipoglobulia: e quasi sempre v'è notevole leucocitosi, mentre questa non è così comune nella meningite tubercolare.

Abbastanza frequenti sono pure le artriti e le periartriti. Talvolta esse hanno esito in suppurazione ed allora dal pus si può isolare il diplococco.

Un interesse particolare presenta il segno di Kernig consistente nella contrazione dei flessori degli arti inferiori, per modo che l'infermo giace con le cosce flesse sull'addome, e con le gambe flesse sulle cosce. Friis ha trovato questo fenomeno in 53 casi su 60, Net-

ter in 45 su 50. Esso si ha in tutte le forme di meningite in cui sono coinvolte le meningi spinali, di cui però non indica l'intensità della lesione. Il Netter spiega la produzione di questo fenomeno ammettendo uno stato di maggiore irritabilità delle radici spinali per cui l'infermo ne evita lo stiramento tenendo in flessione gli arti inferiori.

Ma il mezzo diagnostico della maggiore importanza si è dimostrato la puntura lombare alla Quincke che mette in grado non solo di fare la diagnosi di meningite ma di precisarne anche la forma. La puntura va fatta nel secondo spazio intervertebrale lombare; talora riesce negativa la prima volta, ma successivamente si estrae sempre del liquido, tranne il caso in cui questo non sia molto ispessito.

Il liquido che si estrae ha un aspetto vario; per lo più è torbido quando vi è meningite, e si chiarifica solo in seguito quando il processo va per le lunghe. Talvolta si estrae liquido chiaro con una puntura fatta nella regione dorsale inferiore o lombare superiore, e liquido torbido e con numerose masse fioccose in una puntura della regione lombare inferiore o sacrale. Dal liquido estratto si possono agevolmente fare tutti gli esami microscopici e culturali.

La quantità di liquido che si estrae varia da poche gocce a 100-130 cmc.

La torbidità del liquido ed il numero di microrganismi in esso contenuti è fino ad un certo punto in rapporto con l'intensità del processo. I batterii sono più numerosi nei casi acuti e nel primo periodo dei casi cronici.

Williams, Wentworth, Netter, Osler hanno notato una certa remissione dei sintomi dopo la puntura lombare.

Poco si può dire con certezza della meningite cerebro-spinale sporadica stante il confusionismo che domina per i diversi nomi con cui se ne designano le varie forme, ed attesa la facilità con cui la si scambia con le forme cerebrali della febbre tifoide e della pulmonite.

Osler notando come d'ordinario la meningite cerebro-spinale sia poco contagiosa, la paragona alla pulmonite la quale non è in generale contagiosa, ma in date circostanze assume un carattere epidemico assai grave.

Nella meningite cerebro-spinale sporadica spesso si trova il microrganismo di Weichselbaum. Ma non di rado si trova lo pneumococco. Di 20 casi esaminati da Councilmann, Mallory e Wright si trovò lo pneumococco in 8 secondariamente e in 2 primariamente. Nell'aprile 1897 Netter aveva esaminato batteriologicamente 61 casi di meningite cerebro-spinale: trovò 35 volte lo pneumococco in cultura pura, 1 volta associato allo streptococco ed allo stafilococco, 13 volte il solo streptococco, 3 volte il diplococco intracellulare, 2 volte lo stafilococco piogene aureo ed il bacillo di Friedländer, 1 volta il colibacillo o il bacillo dell' influenza, o un bacillo sottile, o il piocianeo od un bacillo saprofita.

Si possono ammettere 8 gruppi di meningite da pneumococco. Si può avere la meningite come complicazione di una pulmonite lobare; è stato dimostrato dalle osservazioni di Osler, Nauwerk, Netter, Aufrecht, Welch. Può aversi la meningite pneumococcica da infezione locale per propagazione dalle parti vicine (orecchio) o in seguito a traumi: ne sono un esempio i casi di Mac Callum. Esiste infine la meningite pneumococcica primaria, spesso complicata ad infezione generale e particolarmente od endocardite acuta.

Nella pulmonite con complicazione meningea, può discutersi, se si tratti di meningite cerebro-spinale con pulmonite, o di pulmonite con meningite secondaria. Nella meningite da pulmonite è difficile avere tutta la sintomatologia della meningite cerebro-spinale, e l'esito della puntura lombare può sempre rischiarare il dubbio. Parimenti è raro trovare i sintomi spinali, nella meningite secondaria.

Spesso manca la rigidità dei muscoli della nuca e lo strabismo. Inoltre il decorso della meningite che complica una pulmonite è sempre più grave e ad esito presso che costantemente letale.

La meningite da pneumococco per infezione locale è quasi sempre di spettanza chirurgica per le ragioni già esposte.

Quanto alla meningite pneumococcica *primaria*, le investigazioni future dovranno decidere per la sua frequenza e la sua differenziabilità clinica dalle altre forme.

Come cura Osler non ha usato un medicamento speciale, ma ha dato liberamente la morfina per attutire il dolore. La mortalità è stata di 8 sui 18 casi osservati all'ospedale, e di 9 su tutti i 21 casi esaminati.

S'è avvalso inoltre della puntura lombare per abbassare la pressione. Winter, Sahli hanno pure praticato il fognamento permanente del canale lombare; Ziemssen vi ha aggiunto anche le iniezioni di una soluzione di jodo.

Osler in due casi ha praticato la laminectomia, il fognamento e le iniezioni saline; ma i due ammalati poco dopo morirono con fatti renali e vescicali. Musser riferisce un insuccesso simile. Rolleston e Herbert Allingham riportano un caso in cui ricuperarono l'infermo con la laminectomia ed il consecutivo fognamento.

In generale sembra che quando tutti i rimedii son riusciti insufficienti, si possa ricorrere alla puntura lombare nei casi in cui prevalgono i sintomi spinali.

BIBLIOGRAFIA

Councilmann, Mallory and Wright. Epidemic cerebro-spinal Meningitis, *Boston* 1898. Heubner. *Jahr. f. Kinderheilkunde* 1891 e *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1897. — Netter. *Societé médicale des hôpitaux* 1898. — Osler. *Boston medical and surgical journal* 1898, *British*

medical journal 1899, *Canada medical and surgical journal*.1885—Still. *Journal of Pathology and Bacteriology* 1898. — Nauwerck. *Deutches Archiv für klinische Medicin Bd.* XXIX. — Netter. *Archives générales de médecine*, 1887.—Aufrecht. *Nothnagel's Pathologie* Bd XIV. — Winter. *Lancet*, 1891. — Allingham. *Lancet*, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica terapeutica e Istituto d'Anatomia patologica della R. Università di Parma

PER LA PRESENZA DI STAFILOCOCCHI NELLA COREA DEL SYDENHAM

Nota clinico-batteriologica

Dott. *Attilio Guidorossi* assistente della clinica terapeutica e *Pietro Guizzetti* aiuto e docente d'anatomia patologica.

Una recente pubblicazione del D.r S. Mircoli sulla partecipazione degli stafilococchi nella produzione della corea reumatica, ci ha ricordato un caso da noi osservato tempo fa e ci induce a renderlo noto qui. In questo modo possiamo anche rettificare una citazione fatta da Mircoli di un lavoro sulla corea da uno di noi pubblicato in questo stesso giornale (Guizzetti). Mircoli ricorda, come nel caso di corea pubblicato in quel lavoro si sia trovato un bacillo capsulato e dal modo con cui ne parla lascerebbe supporre che al detto bacillo si sia dato in codesto caso una qualsiasi importanza. Ora ciò non è. Il punto dove si parla di quel bacillo dice precisamente così: « Delle colture quelle dal cervello, dal midollo « spinale e dal sangue non diedero alcun svi- « luppo, invece quella dalla milza su tre tubi « due (uno di gelatina ed uno di agar glice- « rinato) diedero sviluppo a colonie pure di « un bacillo capsulato, analogo per molti suoi « caratteri ai protei capsulati descritti da Banti « e che pel risultato complessivo delle ricerche « che ho istituito su di esso ho dovuto ascri- « vere alla putrefazione ». In fondo poi al lavoro, in armonia, con tutto quanto in esso vi è esposto circa l'etiologia del caso studiato, si conclude nei termini seguenti: « In questo « caso non ho trovato nè microorganismi spe- « ciali della corea, nè microorganismi prove- « nienti da altre infezioni ».

Messo così in chiaro quanto ci importava in cotesto punto, esponiamo ora il nuovo caso di corea da noi osservato.

Bonazzi Rosa d'anni 12, scolara, di Vigatto (Parma).

Il padre robusto e sano; la madre di temperamento nervoso. Una sorella di anni quindici soffre da anni di nistagmo bilaterale ben manifesto. Null'altro nel gentilizio.

La paziente a due anni superò una tifoide e poco dopo la rosolia. Cominciò a camminare solamente a tre anni. Di carattere molto vivace e mutabile soffriva ad intervalli irregolari di accessi di cefalea intensa. Fuori di questo nient'altro d'importante.

Al principio del novembre 1894 vien colta da febbre moderata, da dolori e da tumefazione alle articolazioni degli arti inferiori. Le altre articolazioni rimasero illese. La febbre durò quattro giorni e la tumefazione delle articolazioni circa quindici giorni. Nelle settimane successive i dolori articolari ricomparivano di tanto in tanto nei mutamenti di stagione e dopo lunghe camminate.

Alla metà di dicembre avviene una ripresa delle manifestazioni articolari, ma stavolta sono le articolazioni radio-carpiche, che si fan dolenti. Non vi fu però tumefazione e a quanto pare nemmen febbre.

A quest'epoca risalgono le prime manifestazioni della corea. La bambina mutò carattere, cominciò ad avere sonni agitati con grida di terrore, si lagnava di cefalea e di iperestesia acustica e spesso aveva degli accessi di vomito. Frattanto comparivano i movimenti coreici, divenivano rapidamente generali alla faccia, tronco e a tutti gli arti, e raggiungevano tale intensità da rendere impossibile di portare il cibo alla bocca e da inceppare notevolmente la parola. Di essi i parenti almeno affermano, che durante il sonno divenivano più deboli, ma non scomparivano mai completamente.

Il giorno 12 gennaio 1895 la bambina è ammessa nella clinica terapeutica.

Al suo entrare si nota, che tutto il corpo è agitato da movimenti involontari, disordinati, nettamente coreici. Essi sono talmente continui e forti, che la piccola inferma non ha mai un momento di tranquillità. L'articolazione delle parole è così inceppata, che si riesce a stento ad afferrarne qualcuna. La lingua è continuamente agitata e girata di quà e di là entro la bocca. La deglutizione invece si fa passabilmente bene. La testa è piegata senza tregua in tutti i sensi; le braccia vengono di continuo gettate da tutte le parti; le gambe si incrociano, si accavallano, si stendono e flettono senza interruzione. Facendola camminare spinge i piedi ora in fuori ora in dentro, mettendo avanti or l'uno or l'altro piede con scatti, e moti strani e disordinati per modo, che inciampa, senza però cadere. Ancora nel camminare il corpo presenta delle oscillazioni assai marcate, venendo portato a guisa di pendolo alternativamente a destra ed a sinistra nel mentre la testa vien piegata di continuo in avanti ed indietro e da un lato e dall'altro. Anche nel letto l'intensità dei movimenti è tale, che si deve assicurare l'ammalata con

mezzi contentivi, onde evitarle cadute e contusioni.

La sensibilità obbiettivamente è normale ed anche i sensi specifici sono illesi. L'inferma però accusa cefalalgia non forte, come pure si lagna di dolori vaghi, leggeri, a sede non costante. Nella sfera psichica si nota mancanza di attenzione, memoria labile, mutabilità marcata di sentimenti e di idee.

Fuori del sistema nervoso l'esame obbiettivo ha ben poco di rimarchevole. Diciamo solo, che l'area cardiaca era normale, non si avvertiva alcun fremito alla palpazione; alla punta leggero rumore dolcemente soffiante coi caratteri quasi di soffio anemico: ritmo embriocardico. Le articolazioni sembravano normali. Alla cute nessuna soluzione di continuità richiamava l'attenzione.

Nella prima settimana dall' entrata i fatti sovraesposti restarono pressochè invariati, in seguito però i movimenti coreici andarono man mano mitigandosi tanto, che al principio di febbraio erano quasi scomparsi. In questo periodo di tempo non si era avverato alcun elevamento di temperatura, nè obbiettivamente era apparso alcunchè di nuovo.

Addì 3 febbraio la bambina accusa dolentia alla gola senza che vi siano manifestazioni obbiettive.

Al dì successivo si aggiunsero dolori acutissimi, lancinanti alla regione laterale destra del collo, di più insorge brivido intenso e la temperatura dal normale sale a 39,6°. Alla sera vomito.

Al 5 febbraio la febbre si mantiene continua fra 39-39,5°, il polso sale a 120. Vomito ripetuto. Il dolore del collo, si può provocare solamente colla palpazione; invece si aggiunge cefalea intensa e diffusa e si nota rigidità della nuca. Miosi bilaterale manifesta. Intelligenza normale. Stipsi.

Nello stesso giorno ricomparvero i movimenti coreici, ma solo agli arti di destra con contrazioni frequenti dei muscoli mimici e masticatori e a tratti anche con movimenti di maneggio sul fianco destro. Disartria evidente.

Al 6 la temperatura sempre vicina a 39°, il polso cresce a 134; vomito, cefalea, rigidità della nuca in aumento. Alla miosi si è sostituita midriasi con torpore pupillare alla luce. Le forze vanno diminuendo. L' intelligenza ancora normale.

Nella notte seguente delirio leggero con grida acutissime ad intervalli e sussulti frequenti. Ora i movimenti coreici sono ricomparsi anche negli arti di sinistra, anzi vi pigliano la prevalenza.

Al mattino dell'8 temp. 39,8° polso 150. Assopimento progressivo. Midriasi con strabismo esterno sinistro. Paralisi degli sfinteri. Scompaiono i sussulti e i movimenti coreici. In prossimità della morte eruzione abbondantissima di sudamina alla regione anteriore del torace e eruzione di orticaria agli avambracci. Muore alle ore 16.

Durante tutta la degenza in clinica e specialmente in quest'ultimo periodo non si vide mai all'esterno alcuna soluzione di continuità per quanto limitata.

Necroscopia a 22 ore dalla morte, tenendo il cadavere alla temperatura invernale dello ambiente esterno.

Cadavere denutrito, del resto ben sviluppato Scheletro regolare. Persiste la rigidità cadaverica, nè suffusioni sanguigne, nè macchie da putrefazione. All'esame più minuto non si trova sulla superficie cutanea nessuna soluzione di continuità.

La teca cranica ha la diploe congesta. Nel seno falciforme superiore un coagulo cruoroso.

Pia e aracnoide alla volta estremamente congeste, con superficie torbida non più lucida. Lungo qualche vaso sanguigno della pia parrebbe esistere una linea più opaca da presenza di essudato. Alla base attorno e al davanti del chiasma vi sono alcuni tenui essudati plastici giallognoli. Il liquido nei ventricoli è discretamente abbondante, ma è limpido.

A livello del lobulo parietale inferiore sinistro appena sotto la pia vi è un emorragia sottile, ma larga quanto un centesimo, circondata da altre emorragie più piccole, capillari. Sulla seconda circonvoluzione frontale destra altra emorragia sottopiale larga pure come un centesimo. La pia si distacca in modo normale dalla corteccia.

La sostanza encefalica è notevolmente congesta, non però in grado eccessivo ed è alquanto molle, edematosa. Fuori di questo non presenta altre alterazioni nè diffuse, nè circoscritte.

La pia e l'aracnoide spinali sono moderatamente congeste, ma senza essudato. Il midollo è normale per aspetto e consistenza.

Ulnari, radiali, mediani, sciatici macroscopicamente normali. Muscoli ben coloriti e sostenuti.

La mucosa delle fauci, tonsille, laringe, trachea, è congesta, ma non presenta nè essudati, nè soluzioni visibili di continuità. Anche i tessuti attorno a loro non paiono alterati. L'esotago è normale.

Ambedue i polmoni sia alla superficie, che nell'interno sono letteralmente gremiti da ascessolini, grossi da mezza capocchia di spillo ad un grano di riso, ripieni di pus giallognolo, denso, contornati da alone congestizio od emorragico. Di più vi sono numerose aree emorragiche, come fagiuoli, seminate anch'esse di minuti ascessolini. Sulle pleure viscerali essudati fibrino-plastici in tenui membranelle e nei due cavi pleurici pochi cucchiai di siero cetrino torbido.

Il cuore è pieno di sangue sciolto. Sul margine libero della mitrale esiste una coroncina continua di vegetazioni bianco-rossiccie, rotondeggianti o allungate, mai più grosse di mezzo grano di miglio, piuttosto resistenti e che si lasciano distaccare con difficoltà. Le altre valvole sono normali. Il miocardio è quà

e la variegato per strie più scure. L'aorta e tutte le sue grandi diramazioni sono normali.

La mucosa dello stomaco è lievemente congesta. La mucosa dell'intestino è pure congesta, ma non presenta soluzioni di continuità di nessuna natura.

La milza è più grossa di un terzo della norma, è congesta, ma non presenta ascessi nè maturi, nè all'inizio.

Il fegato lievemente tumido, pure congesto. Reni solamente congesti. Mucosa vescicale rosea. Utero infantile. Peritoneo normale.

Infine aperte ed esaminate attentamente tutte le grandi articolazioni del corpo furono trovate normali.

Ricerche batteriologiche. Alla necroscopia eseguiamo colture in tubi sia in superficie, che per infissione dal cervello (otto innesti) midollo spinale (dodici) milza (quattro) sangue del cuore (quattro) polmoni (quattro). Come mezzi di cultura adoperiamo gelatina, agar glicerinato, siero di sangue solidificato, liquido d'idrocele pure solidificato, brodi acidi. Dal sangue del cuore prepariamo ancora delle piastre in gelatina.

Gl' innesti dal cervello, polmoni, cuore e milza diedero sviluppo a colonie numerose o anche numerosissime di stafilococco piogene aureo assolutamente puro. Al contrario gli innesti dal midollo spinale rimasero tutti sterili, nè di ciò sapremmo dire la ragione.

Dobbiamo però ricordare, che nelle ricerche batteriologiche sul sistema nervoso queste contradizioni non sono rare.

Nel peritoneo di un coniglio (peso 1460 gr.) iniettammo 3 cmc. di sangue tolto asetticamente dal cuore del cadavere. Il coniglio venne a morire dopo 10 giorni presentando una pericardite purulenta. Le colture dell' essudato pericardico diedero lo stafilococco piogene aureo, mentre quelle dei visceri rimasero negative.

Ad altro coniglio (peso 1680 gr.) iniettammo ancora nel peritoneo 5 cmc. di liquido cefalo-rachidiano. L'animale morì dopo 9 giorni ridotto di peso di 500 gr., presentando solamente una iperemia diffusa del peritoneo. Le colture dai visceri non diedero alcun sviluppo.

Diagnosi anatomo-batteriologica.—Settico-piemia cripto-genetica da stafilococco piogene-aureo (ascessi miliari dei polmoni, doppia pleurite, leptomeningite). Endocardite mitralica vegetante di data non recente.

Lo scopo delle nostre ricerche era quello di determinare l' esistenza o meno di un agente infettivo della corea del Sydenham e siccome all' epoca di tali ricerche tendeva a pigliare campo in patologia (Pianese) la supposizione di un agente infettivo unico specifico della corea stessa, miravamo a cercar quello. Ora noi non abbiamo trovato un agente infettivo, che meritasse l'appellativo di specifico, la qual cosa concorda coi risultati di quasi tutte le ricerche fatte fin qui a codesto intento. Trovammo bensi una *setticopioemia da stafilococco piogeno aureo*, ma per il complesso dei fatti, che la costituirono e l' accompagnarono l'abbiamo dovuta considerare come un infezione accidentale avvenuta in un coreico a quel modo (salvo la probabile maggior predisposizione) con cui poteva avvenire in qualsiasi altro soggetto. Difatti tanto i sintomi clinici, quanto i fatti anatomici, che si riferivano alla setticopioemia formavano un episodio a se, di sua natura fatale alla vita dell'inferma, ma staccato, distinto dal resto della malattia. E' rimasta bensi ignota la porta d' entrata dello stafilococco, ma sa ognuno, che ciò per le forme settiche succede non di rado. Noi sospettiamo a dir il vero, che il microorganismo sia penetrato dalle fauci e lo sospettiamo, perchè la dolentia di queste precedette di un giorno l'insorgenza della febbre e perchè iniziò la malattia.

La setticopioemia ha dimostrato un fatto per quanto riguarda la corea. Dicemmo, che quando i sintomi settici si manifestarono già da qualche tempo erano cessati i movimenti coreici, ma che stabilitasi la setticopioemia i movimenti stessi ricomparvero prima da un lato e poi dall'altro. Ciò tende a dimostrarci che la bambina era guarita dalla corea solo in apparenza mentre in realtà o l' aveva ancora allo stato latente o ne aveva almeno alcune delle condizioni, determinanti, tanto che il sopragiungere della setticopioemia la fece ricomparire, la svelò. E' molto probabile, che anche altre forme morbose nell'identico caso avrebbe avuto lo stesso risultato.

Al di fuori della setticopioemia vi erano altri fattori, che mostravano di avere stretto rapporto fra di loro ed erano il reumatismo articolare e la corea a cui anatomicamente doveva andar congiunto l'endocardite mitralica vegetante che pei caratteri suoi, come abbiam detto non era nè recentissima, nè molto antica o poteva ben risalire all'epoca delle manifestazioni articolari. L'accompagnarsi fra loro di questo fatto, ognuno sa, è assai frequente, mentre i legami, che congiungono l' un fatto all'altro in massima parte sono ignoti e solo in parte più che dimostrati sono appena intraveduti. Basta ricordare, che andiamo ancora in traccia dell'agente del reumatismo articolare acuto, come ne fan fede le ricerche della

scuola di Maragliano, di Riva, di Chvostek e il reumatismo articolare non sarebbe, che il primo anello della serie, il punto di partenza. Ma qui però nel nostro caso qualcuno potrebbe avanzare l' ipotesi, che tanto l'endocardite mitralica quanto il reumatismo articolare fossero causati da quello stesso stafilococco piogene aureo, che più tardi o per aumento della sua virulenza o per altri motivi avrebbe determinato la setticopioemia.

Questa ipotesi in se stessa è razionale e corrisponderebbe alle ricerche ed al concetto, che del reumatismo articolare acuto ha sostenuto Singer, ma ad aumentarla mancano le prove. Anzi vi è una prova in contrario di notevole importanza. Se lo stafilococco piogeno aureo fosse stato la causa dell'endocardite, che come dicemmo non era recente ed avesse mosso dalla mitrale a produrre la setticopioemia, noi avremmo dovuto trovare gli ascessi negli organi del gran circolo, sovratutto nei reni e nella milza. Invece nel caso attuale gli ascessi mancarono nei detti organi ed esistevano al contrario nei polmoni, ai quali i germi dovevano essere arrivati passando dal cuor destro e provenienti dalle vene del grande circolo. Quindi non era più la mitrale, ma un' altra parte del corpo da cui gli stafilococchi dovevano essere mossi.

Noi abbiamo recato questo caso, perchè dimostra, che nella corea vi possono ben essere degli stafilococchi in circolo e negli organi, senza che a loro si debba attribuire la causa prima della malattia nervosa. Qui essi rappresentavano solamente un' infezione secondaria e certamente non era diverso il loro significato in qualcuno dei casi citati da Mircoli ad es. nel terzo di Triboulet. Nè convien dimenticare, che gli stafilococchi—l'albo sovratutto—possono ben penetrare nel sangue e nei tessuti durante l'agonia o dopo morte, come ne fanno fede le numerose ricerche sperimentali e meglio quelle fatte sul cadavere umano (Achard e Phulpin.) Tutto questo, messo accanto allo scarso numero di casi finora studiati batteriologicamente, di cui alcuni anche in modo incompleto, ci induce a ritenere, che non è giunto ancora il tempo di concludere sull'importanza etiogenica positiva o negativa degli stafilococchi nella corea. Val la pena di attendere, tanto più, che la batteriologia della corea è ancora nel periodo infantile e i casi per lo studio nell'avvenire non mancheranno. Con ciò noi non intendiamo affatto di escludere, che le alterazioni da stafilococchi, fors'anche la loro presenza diretta, in date condizioni di sede, di influenze coadiuvanti e di predisposizione non possano determinare dei sintomi coreici e forse non osiamo in egual grado supporlo, la vera corea del Sydenham.

Avevamo finito di scrivere questa storia quando da una rivista sul *Policlinico* (24 giugno 1899) venimmo a conoscenza di un lavoro anatomico e sperimentale del Dott. Cesaris-Demel, che riguarda in gran parte l'argomento dei rapporti fra lo stafilococco piogene aureo e la corea. *Cesaris Demel. Sull' azione tossica e settica di alcuni microorganismi patogeni sul sistema nervoso centrale. Memorie della Reale Accademia delle Scienze di Torino.* Serie 2ª tom. 48, 1898.

BIBLIOGRAFIA

Mircoli. Die Betheiligung des Staphylococcus in der Pathogenese der Chorea rheumatica. *Centralblatt für innere Medicin.* No. 19, 1899.—Guizzetti. Contributo all'etiologia ed all'anatomia patologica della corea del Sydenham. *Riforma medica.* N. 261-62-63, 1893. — Banti. Sopra quattro nuove specie di protei o bacilli capsulati. *Sperimentale,* p. 139, 1888. — Pianese. La natura infettiva della corea del Sydenham. Napoli, 1893.— Maragliano. Lezione di chiusura all'anno scolastico 1895-96. *Cronaca della Clinica Medica* di Genova, p. 301, 1895-96. — Riva. Ueber die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. *Centralblatt für innere Medicin.* No. 32, 1897. — Chvostek. Etiologia del reumatismo articolare acuto. XV°. Congresso di Medicina Interna. Berlino 1897. Resoconto nella *Riforma Medica* vol. II. p. 822, 1897. — Triboulet. Note sur l'infection secondaire microbienne à staphyloc. dans la chorée. Rev. mens. des malad. de l'enfance, dicembre 1891. — Achard et Phulpin. Contribution à l'etude de l'envahissement des organes par les microbes pendant l'agonie et après la mort. *Arch. de Mèd. exper.*, p. 25, 1895.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE BROUSSAIS DI PARIGI—Gilbert

Sulle cirrosi—Hanot e Gilbert descrissero nel 1890 la *cirrosi alcoolica ipertrofica,* che dovea opporsi alla cirrosi del Laënnec. Il fegato è grosso, la cellula epatica resiste e s'ipertrofizza, si rigenera forse. La splenomegalia è molto più frequente e considerevole che nella forma atrofica. Può associarvisi l'ascite ed uno sviluppo anormale della circolazione venosa delle pareti dell'addome. In questa forma di cirrosi possono presentarsi due casi: o esiste l'ascite con sviluppo anormale della circolazione tegumentaria; la malattia rivela la forma completa e la diagnosi di cirrosi venosa è facile; o esistono solo l'epato-, e la speno-megalia ed allora la

diagnosi è un po' difficile. L'assenza relativamente frequente dell'ascite nella cirrosi alcoolica ipertrofica dipende da che in questo tipo morboso il fegato resta più permeabile alla circolazione venosa che nel tipo Laënnec.

Quando si manifesta l'impermeabilità renale allora compare la circolazione venosa tegumentaria, talvolta immoderata.

Le cirrosi ipertrofiche sono relativamente benigne, ammalati spesso sopravvivono a lungo. Questi scappano spesso al coma ipotermico al quale conduce frequentemente l'insufficienza epatica della cirrosi di Laënnec: essi scappano all'anemia sierosa, che è la fine possibile delle punzioni ripetute. Queste cirrosi ipertrofiche non sono però esenti da complicazioni; poichè un pericolo le minaccia, l'emorraggia interna gastro-esofagea.

Gilbert e Fournier avevano isolato la forma *splenomegalica della malattia di Hanot*, nella quale, mentre il fegato è molto poco leso, l'aumento di volume della milza è considerevole e costituisce il segno predominante. Due osservazioni di Gilbert e Castaigne permettono di stabilire l'esistenza di un altro tipo clinico di cirrosi biliare, la *forma epatomegalica*, per opposizione alla forma splenomegalica, dove l'ipertrofia del fegato è il sintoma predominante, mentre manca la tumefazione splenica. Questo è un sintoma di poco valore nella diagnosi differenziale delle due cirrosi (malattia di Hanot e cirrosi biliare per ostruzione); poichè esso può esserci nelle ostruzioni biliari e mancare nella cirrosi ipertrofica con ittero cronico. Patogeneticamente la splenomegalia non è la condizione *sine qua non* della malattia di Hanot.

Gilbert e Castaigne hanno segnalato alla Società di Biologia una cirrosi tubercolare parziale del lobo sinistro, mentre nel lobo destro si trovavano dei follicoli tubercolari tipici con lesioni cellulari molteplici senza traccia di sclerosi. Si trattava d'un basedowiano, litiasico biliare.

All'autopsia si rinvenne idrope-ascite, ipertrofia ineguale con lesioni di sclerosi tubercolare del corpo tiroide; la milza pesava gr. 480 ed era solida, dura, nettamente sclerosata; il pancreas scomparso tra mezzo al tessuto sclero-grassoso. Il fegato era grosso nel suo insieme; pesava gr, 1850, la cistifellea era piena di calcoli. Nel lobo sinistro si riscontravano lesioni nettissime di cirrosi tubercolare, costituite da gittate fibrose dissocianti senza alcuna regolarità il tessuto epatico. Sovratutto attorno agli spazi portali e principalmente attorno alle vene, di cui la parete era molto spessa, si condensava questo tessuto. Si poterono riscontrare dei bacilli. Nel lobo destro i follicoli tubercolari erano numerosi, circondati da una zona di cellule mortificate.

Lo Chauffard pensa che la splenomegalia precede spesso la lesione del fegato e ne diviene la causa prossima. Ci sarebbero quindi delle epatopatie di origine splenica.

La milza, per le sue connessioni anatomo-fisiologiche, non è subordinata al fegato; tutto ciò che esce dalla milza va al fegato; sappiamo che nelle infezioni la milza gode un ufficio considerevole; e poichè si ammette che la vena porta intestinale facilita le infezioni epatiche; perchè si vorrebbe che la vena splenica fosse sprovvista di questo ufficio? Le epatiti palustri capitano spesso e dopo molto tempo dalla splenite, e ciò valga per un esempio. Si può concludere che l'origine splenica è certa per il fegato palustre, si può ammettere che i linfomi miliari epatici siano dovuti ad embolie leucocitiche d'origine splenica, e si può ammettere ancora che la milza deve godere un ufficio importantissimo nella patogenesi del fegato tifoso. La sindrome del Banti è pur essa una splenomegalia seguita da cirrosi.

OSPEDALE LAËNNEC DI PARIGI — Mercklen

Su di una forma di miocardite cronica atrofica. — Accanto alla sclerosi interstiziale del miocardio, lesione costante e caratteristica di ogni miocardite cronica, è abituale costatare la sua ipertrofia. Il cuore è dilatato in ragione della diminuzione della sua elasticità e tonicità, ma è nello stesso tempo ipertrofico. L'espressione di *miocardite cronica ipertrofica* è di uso corrente nella patologia cardiaca fin dai lavori di Rigal e Juhel-Renoy; quella meno esatta di *ipertrofia idiopatica di cuore* è comunemente usata dagli autori tedeschi. Ma se l'ipertrofia è abituale essa non è assolutamente costante nella miocardite cronica; poichè può esistere una *miocardite cronica atrofica.* Ciò è dimostrato dal caso capitato recentemente al Merklen. Si trattava di un antico sifilitico, di 58 anni. Ebbe il sifiloma a 22 anni, si curò per due mesi con il liquore di van Swieten. Dopo 18 anni, tra 40-45 anni, ebbe una successione di lesioni gommose e tubercolo-ulcerose della gamba e delle spalle e della fronte. La loro guarigione fu lenta. A 48 anni, tre anni dopo la guarigione della sifilide e dieci anni pria della morte ebbe una crisi di pseudo-asma cardiaco, e da questo momento cominciò a soffrire una dispnea da sforzo. Dopo una influenza complicata da pulmonite, patita a 56 anni, la dispnea si esagerò; permanendo anco nel riposo, l'oppressione l'assaliva anco di notte. A partire dal gennaio del 1898 la dispnea continuò con tosse; in marzo ebbe idrope, arrivata al suo completo sviluppo in maggio epoca in cui entrò all'ospedale Laënnec. Il polmone era edematoso, le urine rare ed albuminose, il cuore era enorme (ottusità trasversale cm. 26, verticale cm. 11), il fegato grosso (cm. 18 lungo l'emiclaveare). Il polso e la ascoltazione del cuore rivelavano una tachicardia aritmica delle più accentuate. Si applicarono delle ventose scarificate, si diede la teobromina, s'iniettò l'etere, la caffeina, la digitalina, si diede il latte, e gli accidenti cedettero. Il 14 maggio si ebbe una crisi urinaria e scomparvero l'edema e la dispnea;

il 20 maggio il cuore era di dimensione minore; il polso, normale per frequenza, era sempre irregolare; l'urina, emessa sempre nella quantità di 2 litri, conteneva sempre il 0,50 0[00 di albumina; i reni, con la prova di A c h a r d, presentavano i caratteri di una manifesta impermeabilità. Per l'assenza di un urto precordiale, per la debolezza della pressione arteriosa, il M e r k l e n emise l'ipotesi che si trattasse di *cuore grasso* e di *miocardite cronica senza ipertrofia*. Il malato tornò all'ospedale il 4 ottobre con il cuore più dilatato (diametro trasverso cm. 2, verticale 15) con dispnea ed edema pulmonare, fegato grosso, oliguria ed albuminuria, tensione arteriosa leggermente aumentata, polso irregolare a 132. Il 24 ottobre il malato ebbe, assieme ad un senso di estrema debolezza, dell' angoscia e precordialgia, aumento della dispnea, polso piccolissimo, tensione bassissima.

Nonostante le iniezioni di caffeina, di olio canforato, di siero artificiale, questa crisi persistette sino al 28 associata ad oliguria con intensa albuminuria, e ad ipertermia a 38°, poi cedette progressivamente il posto allo stato iposistolico anteriore.

Essa non era spiegabile che con l'ipotesi d'una trombosi cardiaca spiegata all'autopsia. La situazione del malato fu meno cattiva in novembre e dicembre: il cuore era sempre debole, dilatato ed aritmico, il fegato tumefatto, l'oppressione notturna era poi il sintoma dominante. Però l'insufficienza cardiaca si era complicata all'insufficienza renale ed epatica, e la cachessia tossiemica diveniva evidente, caratterizzata da un pallore livido e da un' astenia profonda. Sostenuto dallo champagne e dalle iniezioni d'olio canforato, il malato visse fino al 18 gennaio, epoca in cui una pleurite destra affrettò la fine.

All'autopsia tutti i visceri presentavano le lesioni caratteristiche della stasi d'origine cardiaca; predominava la stasi venosa, molto accentuata dal lato delle vene renali, della porta e sovratutto della cava inferiore. Questa stasi era la conseguenza della dilatazione enorme del cuore, che era molle e flaccido; esso pesava gr. 700, non presentava tracce d'ipertrofia vera, ma invece un assottigliamento relativo delle sue pareti, mascherato da una adiposi sotto-pericardica ed interstiziale notevole. Il pericardio era spesso ed aderente in molti punti. Le cavità e gli orifizii del cuore erano dilatati; la dilatazione massima interessava l'orecchietta destra, sede d'un coagulo d'antica data, che riempiva l'auricola, aderente in molti punti.

Il miocardio era pallido e molle.

L'aorta, al suo inizio, era sede di placche calcaree sopra-sigmoidee. Istologicamente si rinvenne una sclerosi diffusa a predominanza sotto-endocardica, con adiposi sotto-pericardica ed interstiziale, atrofia delle fibre muscolari, endoarterite e periarrite dei piccoli vasi.

Il termine quindi di miocardite cronica atrofica o di *miocardite sclerosa atrofica* gli si addiceva bene.

Non si tratta però d' un'affezione nuova. C r u v e i l h i e r avea descritto l' *aneurisma atrofico del cuore*, composto da due elementi: dilatazione delle cavità ed atrofia delle pareti. Il B o u i l l a u d s'era già servito dell'espressione *atrofia aneurismatica* o *eccentrica* ed il C o r v i s a r t di quella di *aneurisma passivo*. È sotto il nome di *dilatazione sempre del cuore* che è stata descritta dallo S t o k e s ma la dilatazione non è che uno stato anatomico, a cui conducono le varie degenerazioni del miocardio. La migliore descrizione anatomica è stata data dal C r u v e i l h i e r; egli vide che il cuore atroficamente dilatato affetta la forma di una bisaccia o di una tasca da cacciatori; il cuore è flaccido e si accascia come una vescica, le pareti sono assai sottili. Questa sottigliezza è spesso mascherata dalla sovraccarica di grasso (S t o k e s, H u c h a r d), il quale si sostituisce nella stessa maniera degli altri visceri atrofici (R e n a u t e M o l l a r d). Le lesioni istologiche essenziali consistono in una sclerosi diffusa con atrofia delle fibre muscolari. Le degenerazioni granulosa e pigmentaria, come la dissociazione segmentaria, non possono esser considerate che come alterazioni terminali dovute all' asistolia prolungata ed alla tossiemia ultima.

Le cause della miocardite cronica atrofica sono quelle della cardio-sclerosi. L'ipertrofia cardiaca non avviene per un'alterazione generale della nutrizione (S t o k e s), per l' intensità e diffusione del lavoro sclerosico, per l'ostacolo apportato alla circolazione linfatica. Nella miocardite cronica ipertrofica l'ipernutrizione del miocardio è o anteriore alla sclerosi o contemporanea; essa è la conseguenza della pletora dei grandi mangiatori, dell' alcoolismo, cause d'ipertensione arteriosa e sclerogena; essa è ancora la conseguenza dell'arterio-sclerosi periferica e specialmente della sclerosi renale. Nella miocardite cronica atrofica, la sclerosi del miocardio è senza dubbio l'alterazione primitiva e per lungo tempo unica.

Nell'ammalato presente le lesioni viscerali costatate paiono essere state la conseguenza delle sue ripetute crisi di asistolia, l'arterio-sclerosi non essendo che poco o punto in causa. È nella sifilide, male curata, nell'influenza complicata da pulmonite, che bisogna ricercar le cause della sclerosi cardiaca.

È inutile tornare sulla sintomatologia dell' affezione. Lo S t o k e s avea segnalato i segni principali; estensione considerevole dell' ottusità precordiale, debolezza dell'impulso e dei toni del cuore, piccolezza ed irregolarità del polso, accessi d'asma cardiaco, accessi di congestione pulmonare, coincidenti con la congestione epatica e la diminuzione delle urine, terminazione frequente con l'idropisia.

Di questi fenomeni tre sono proprii della dilatazione atrofica del cuore: la grande estensione dell'ottusità precordiale, la debolezza dell' impulso e dei toni del cuore (C r u v e i l h i e r). Questa sin-

drome fisica è confermata dalla ricerca della tensione arteriosa, che dimostra la sua diminuzione. È completata dall'evoluzione clinica, che è quella dell'asistolia irriducibile. È degno però d'attenzione che la malattia è compatibile con una vita prolungata, e che è suscettibile di miglioramento sotto l'influenza dei tonici cardiaci e di una igiene appropriata. La morte sopravviene abitualmente nella cachessia tossiemica, o spesso per accidenti pulmonari o per qualche complicazione intercorrente.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETA' DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO

Seduta del 26 giugno 1899.

Goldscheider. **Mielite da compressione.** — Riferisce di una signora la quale nel 1894 fu nella clinica di Leyden in seguito a mielite da compressione, per cui ebbe paraplegia con disturbi nelle sensibilità, paralisi della vescica, debolezza rettale e contratture delle estremità inferiori. Dapprincipio le fu applicato il busto gessato, indi fu posta in un letto gessato, infine fu portata in una casa di salute ove, per così dire, non fu sottoposta a cura alcuna, e pur nondimeno guarì perfettamente. La gobba naturalmente è rimasta.

Goldscheider. **Fasciature compressive per porre in riposo una parte di polmone.** — Nella pleurite, nella tubercolosi specialmente dopo una emottisi, le fasciature compressive, rispondono molto bene per mettere in riposo quella parte di polmone che si vuole. Queste fasce sono formate in parte da sparadrappo e in parte di cautciù, e vengono fissate con bendaggi.

Burhardt dice che non si può dare una spiegazione teoretica sull' azione indiscutibilmente benefica di tali bendaggi, egli se ne suole servire da lungo tempo nei dolori pulmonitici, con risultati splendidi.

Klemperer dice che tali fasciature possono servire per far riposare anche il lato del torace sano e quindi si applicano circolarmente a guisa di busto.

Munter. **L' idroterapia nella cura delle cardiopatie.** — Tratta diffusamente dell' argomento, dimostrando i beneficii che possono ricavare i cardiopatici dalla idroterapia, però è uopo notare che l'applicazione idroterapica è diversa per i singoli vizi valvolari.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Seduta del 4 luglio 1899

Brouardel e Landouzy. **Il congresso berlinese per la lotta contro la tubercolosi e il trattamento delle malattie polmonari nei sanatori.** — Gran parte delle comunicazioni fatte in questo congresso riguardavano l'istituzione dei sanatorii, e specialmente di quelli popolari affermando che il sanatorio tanto per la profilassi come per la cura della tubercolosi è il *primum movens*, la base principale su cui si fonda la natura medicatrice. Pertanto è dovere della società moderna di pensare ai tubercolosi poveri. Epperò per i principii di solidarietà si dovrebbe. 1° Assistere, cercare di far migliorare, e curare con amore, tutti i disgraziati tisici che si trovano nelle sale dei nostri ospedali ed organizzarli asetticamente in modo che i tubercolosi vicini non aggravino la loro situazione. 2° Ricovere in sanatori suburbani i neo-tubercolosi, e ciò in virtù di una selezione severissima, che non aprirebbe lo stabilimento che ai tubercolosi che si trovano all'inizio vero del male, al periodo, che si potrebbe chiamare pretubercolare. 3° Rinchiudere in sanatori climaterici o in colonie agricole i bambini e gli adolescenti malaticci, sospetti di divenire più tardi tubercolotici. 4° Cercare di proteggere e anche di liberare i predisposti alla tubercolosi, come si fa nel sanatorio di Renèe Saleran a Hyeres come fa al sanatorio marino d' Arcacon etc. Oggidì i sanatori pei poveri sono indispensabili e tutta la gente ricca, oltre che per ragioni umanitarie, per interesse personale, dovrebbe portare il loro obolo, la loro offerta generosa per il compimento dell' opera salutare comune. È la salute, la vigoria dei loro figli e delle generazioni future che trovasi in ballo, in questa interessante quistione dei sanatori per i poveri. S'intende che il sanatorio dovrebbe anche pensare a sovvenzionare la famiglia del disgraziato operaio che è costretto a rinchiudersi in quel luogo di salute per curarsi.

Lancereaux. **L'aortite in placche o paludica.** — Egli ha distinto dal gruppo delle aortiti una speciale forma in placche che è causata dalla infezione palustre. La sua sede è la porzione ascendente dall'arco aortico, incomincia dalla tunica esterna, poi invade la media e infine l'intima. Come conseguenza di questa affezione si possono avere accessi di angina di petto, per fatti di periarterite vicino ai nervi del plesso cardiaco, e si possono formare degli aneurismi sacciformi. L' evoluzione è lentissima. L' arterite generalizzata e l' arterite sifilitica si differenziano da questa affezione perchè le alterazioni si localizzano nelle arterie di medio calibro. Nel reumatismo le lesioni aortiche cominciano dall'intima, mentre qui, come si è detto, cominciano dall' esterno. La prognosi è grave per lo più si muore improvvisamente. Il trattamento deve essere in primo luogo preventivo (allontanamento dai luoghi paludosi, regime corroborante, idroterapia fredda). Il trattamento curativo consiste nell'impiego del joduro di potassio e del latte.

Collin domanda se in questi casi l' aortite non possa essere una semplice coincidenza, dipendente o da sifilide o da alcool.

Lanceraux dice che l' alcoolismo non lesiona mai le arterie. La sifilide poi non si è riscontrata

frequentemente nei soggetti affetti da aortite e da lui osservati.

***Proust.* La peste in Egitto.**—Dopo 55 anni la peste ritorna in Egitto e stavolta non è importata dai pellegrini della Mecca, ma da Bombay, da un naviglio venuto dalle Indie. Dal 2 maggio al 19 giugno si sono avuti in Alessandria 32 casi di peste riconosciuti ufficialmente e batteriologicamente. Questi casi hanno dato 11 decessi. Da questa epoca il numero si è elevato a 42 casi (25 fra gli indigeni e 17 fra gli europei). Le cifre dei decessi sono oggi di 17 (11 fra gli indigeni e 6 fra gli europei). Tutti i casi, salvo quelli di pneumonite pestifera, appartengono alla forma bubbonica.

Legrand medico di Alessandria, crede che i germi pestiferi sieno stati importati dai topi.

Gautier chiede in qual modo si pratichino le disinfezioni in Alessandria, poichè a secondo che si crede o no che la peste sia stata importata dai topi, la disinfezione dovrà essere differente.

Proust non è informato su ciò, sa però che nei navigli la disinfezione è stata fatta in modo insufficiente. Purtuttavia i medici alessandrini conoscono bene la tecnica della disinfezione.

***Landouzy,* Il trattamento delle bronco-pneumoniti semplici col carbonato di creosoto.** — Presenta a nome di Cassautte, medico degli ospedali di Marsiglia, una nota clinica sul carbonato di creosoto, ingerito a dose quotidiana di 5, 10, 15 e 20 grammi nei casi di bronco-pneumonite non specifica. In tal modo il carbonato di creosoto permette di praticare l'asepsi polmonare, e che ciò avvenga si vede dall'abbassamento della temperatura, dalla minor durata della malattia e da una miglioria rapidissima della medesima.

Movimento biologico universale

1. Turenne, descrive un caso di **« tetano d'origine uterina »**, seguito da morte. Trattavasi di una ragazza levatrice, la quale credendosi incinta di un mese si era prestato ad un tentativo di aborto provocato, mercè una iniezione intra-uterina fatta senza alcuna precauzione antisettica, con una sonda presa da un tavolo pieno di polvere. Secondo Turenne, questa dovette essere la porta di entrata del bacillo di Nicolaier (*Annales des Gynécologie et d' Obstétrique*. XXVI anno, giugno 1899).

2. Gutierrez porta **« un nuovo contributo intorno alla efficacia del siero Sclavo contro la pustola da carbonchio ematico »** Egli l'ha adoperato in 5 casi ed ha osservato: 1° Il rapido ripristinarsi delle normali condizioni generali rilevantesi con un manifesto senso di benessere. 2° Il pronto dileguarsi dell'edema. 3° Lo spiccato rialzo di temperatura consecutivo alle iniezioni di siero praticate durante la fase in cui ferve la lotta fra i germi dell' infezione e l' organismo umano e la inalterabilità dello stato termico nei casi in cui iniettò il siero, già spenta l'infezione. 4° Infine esiste una grande differenza nel decorso postumo della pustola, a seconda che la cura è stata esclusivamente siero-terapica, oppure le iniezioni di siero furono precedute da tentativi di cura locale mediante incisioni e cauterizzazione del focolaio primitivo. (*La Gazzetta medica di Torino*, n. 26, 29 giugno 1899).

3. Beurmann e Delherm alla domanda **« quali sono i limiti dell' infezione sifilitica ? »** vogliono richiamare l' attenzione sopra alcuni fenomeni speciali della sifilide, dell' eredità sifilitica e della para-sifilide. Alcuni soggetti sembrano refrattarii alla sifilide, altri hanno una reinfezione sifilitica. Vi ha dunque un limite all' infezione sifilitica? Un altro punto interessante è lo studio della sifilide acquisita o ereditaria nei suoi rapporti col terziarismo vero o col terziarismo della parasifilide. E nello stesso gruppo difatti bisogna porre quei dei sifilitici ereditarii che sono reinfettati e che fanno parte in seguito, senza anello intermedio del terziarismo o della parasifilide. In tutti i casi di terziarismo senza concatenazione, di terziarismo sola manifestazione della sifilide, non si deve far rientrare a lato del terziarismo vero, la gomma, gli accidenti della parasifilide quali la tabe, la paralisi generale ecc. e specialmente gli aneurismi. (*Société française de dermat. et de syphiligraphie*, 8 giugno 1899).

4. Cordes, riferisce un caso di **« gomme laringee »**, come contributo alla casuistica delle neoformazioni sifilitiche di quest' organo. Trattavasi di una donna con disturbi della fonazione e del respiro. Al laringoscopio si vedeva una neoformazione diagnosticata e per gomma o per sarcoma. Venne estirpata e al microscopio si potè vedere che si trattava di una gomma. Il joduro di potassio ad alte dosi completò la cura. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*. N. 25-22 giugno 1899).

5. Schneider riferisce un caso di **« angina da bacilli fusiformi di Vincent »** simulante l'ulcera sifilitica della tonsilla. L'esame microscopico permise di costatare nell'essudato fibrinoso numerosissimi bacilli fusiformi isolati od in ammassi, associati a numerosi spirilli, che scomparivano con il Gram. La cura locale produsse la guarigione. (*La Presse mèdicale*, n. 48, 17 giugno 1899).

6. Lavrand si occupa della **« cura della disfagia nelle laringiti tubercolari con un prodotto di coltura microbica »**. Nei tubercolosi affetti da disfagia ribelle a tutti i mezzi ordinarii si può far ricorso ad un prodotto di coltura di bacillo di Koch preparato da Bourgeois. Questo prodotto si somministra alla dose di 5 gocce tre volte al giorno in un liquido qualsiasi; è del tutto

inoffensivo, aumenterebbe anche le forze degli ammalati. Calma la disfagia nella tubercolosi laringea ed anche i dolori spontanei quando esistono ed eserciterebbe un' azione favorevole sulle lesioni laringee anche molto avanzate. Per queste ragioni merita l'attenzione del laringologista. (*Société française d'otologie, laryngologie et rhinologie*. sessione del 1899).

7. Castex adopera il « **metodo sclerogeno nella tubercolosi laringea**. » Egli applica il metodo di Lannelongue quando lo stato polmonare e laringeo non sono molti avanzati e quando non vi sono ulcerazioni estese nel laringe. Egli si serve della soluzione di cloruro di zinco al 1\|25 e, inietta circa ogni volta la metà di una siringa di Pravatz, ora nella regione aritnoidea, ora nelle aie ventricolari, là dove predominano le lesioni. Tre o quattro iniezioni, con quindici giorni d'intervallo, ordinariamente sono sufficienti. Questo metodo sembra indicato specialmente nei casi d' infiltrazione non diffusa. (*Société française d' otologie, laryngologie et rhinologie*, sessione del 1899).

8. Chathelin si occupa delle « **appendiciti acute in tubercolosi**. » Da 5 casi di appendiciti da lui operati rapidamente e guariti è indotto a ritenere che negli ammalati tarati in cui le lesioni tubercolari locali non sono che una manifestazione dell'infezione generale, la resistenza dev' essere minore perciò in questi casi l'intervento precoce rappresenta l'operazione ideale, perchè essa evita i danni d'una infezione nuova. (*La Presse médicale*, n. 49, 21 giugno 1899).

9. Oppenheim e Laubey hanno avuto occasione di studiare due casi di « **peritonite acuta nel corso dell'enterite tubercolare** » in due individui adulti con tubercolosi pulmonare avanzata, in cui l' inizio fu insidioso e la sintomatologia si svolse come in qualunque altra peritonite da perforazione. Ciò che caratterizza queste peritoniti come tubercolari è la coesistenza di lesioni specifiche del polmone o dell'intestino. Ma la diagnosi è sempre difficile. La cura non può essere che chirurgica. (*Archives générales de médecine*, n. 6, giugno 1999).

10. Rousseau si occupa della « **peritonite blenorragica nella bambina** ». Dice che la vulvovaginite, frequentissima nella bambina può complicarsi, molto raramente, con peritonite per continuità di mucose. Clinicamente questa peritonite si presenta sotto tre tipi: peritonite acuta generalizzata grave o benigna, localizzata cronica. La cura dev'essere dapprima profilattica, cioè tutte le vulviti delle bambine si cureranno come affezioni serie. Essendosi dichiarata la peritonite, se sembra benigna, si ricorrerà alla cura medica; si è grave bisognerà ricorrere alla laparotomia mediana. Quanto più presto s'interviene, tanto più grandi saranno le probabilità di successo. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

La lega nazionale contro la tubercolosi

Alla prima riunione della lega nazionale tenuta, come già dicemmo, il 2 corrente, il prof. Baccelli inaugurò la seduta con bellissime parole in cui riassumette in breve la storia degli studii sulla tubercolosi, facendo specialmente rilevare il grande sviluppo che essi hanno assunto negli ultimi anni. Dimostrò la grande importanza della lega davanti alla diffusione ed alla gravità del male, e promise il necessario concorso del governo in un'opera così altamente umanitaria.

Il Re ha accettato il protettorato della lega. A presidente fu eletto Baccelli, a vice presidente De Giovanni, a consiglieri del comitato: Maragliano, Durante, De Renzi, Ballori, Marchiafava, Celli, Queirolo.

Ora che pare che si faccia sul serio, bisogna che al comitato centrale corrisponda anche una opportuna organizzazione dei comitati regionali. Il sistema, che sembra si voglia seguire, non ci pare il più adatto. Costituendo tanti piccoli comitati quante sono le città, che si vogliono permettere il lusso di nominare un rappresentante, temiamo che si vada a finire come la torre di Babele. Più efficace sarebbe l' organizzazione di comitati universitarii i quali per la loro autorità ed i mezzi scientifici di cui dispongono, potrebbero sapientemente raccogliere e coordinare i dati che fornisce una regione. Di questi comitati dovrebbero far parte i clinici generici e specialisti ed i professori di quelle altre discipline, nel cui obbietto entra in qualche modo lo studio della tubercolosi. Non è il caso di limitare a questo o a quel clinico la competenza in materia di tubercolosi, perchè questa è una malattia che nelle sue molteplici manifestazioni interessa moltissimi, se non tutti i rami della medicina, ed ogni clinico può utilmente contribuire con la sua esperienza.

Il nome del Baccelli messo a capo del movimento italiano nella lega contro la tubercolosi è arra sicura di grande successo.

FORMULARIO

Colera infantile

Pozione contro la diarrea e il vomito

Elixir paregorico	gocce X
Sciroppo di ratania	gr. 30
Acqua di cannella	» 60

Da 1 a 2 cucchiaini da caffè ogni ora.

Ovvero:

Gasterina (fosfato di bismuto solub.) gr.	1,50-2
Acqua distillata	» 90
Sciroppo diacodio	» 100

Un cucchiaio da caffè ogni ora.

(Dörfler)

Lavaggi:
Nitrato di argento . . . . centigr. 1-3
Acqua . . . . gr. 50
Per un lavaggio.
Contro l'adinamia e l'algidità:
Bagni senapizzati, iniezioni di etere 1-2 cc. o di caffeina.
Caffeina . . . . gr. 2
Benzoato di soda . . . . » 2,50
Acqua distillata . . . . » 10
Ogni siringa di Pravaz di un cc. contiene 20 centigrammi di caffeina. Da 1[2 a due siringe.

NOTIZIE E VARIETA'

Consiglio Superiore di Sanità

Il Consiglio Superiore di Sanità dopo una lunga discussione sui servizii celtici, ha approvato un ordine del giorno proposto dalla Commissione (relatore Panizza) così concepito:

Considerando che l' autorità sanitaria comunale è per legge investita della funzione di vigilanza su tutte le malattie infettive, tra le quali vanno comprese le malattie celtiche;

Considerando che l' esperienza ha dimostrato che i soli mezzi di profilassi delle malattie celtiche, praticamente attuabili, sono: *a)* la vigilanza sui locali di meretricio; *b)* i dispensarii celtici; *c)* le sale celtiche;

Considerando che l'organizzazione di questo importantissimo servizio, sopratutto nella parte che riguarda i Comuni, richiede che siano stabilite norme speciali che ne determinano più esattamente le attribuzioni;

fa voto:

1° Che il servizio di profilassi delle malattie celtiche per quanto riguarda la vigilanza sanitaria sui locali di meretricio, e i dispensarii celtici, venga deferito ai Comuni;

2° Che sia nominata una Commissione per proporre le norme e le istruzioni opportune per l'organizzazione di tale servizio, e che valgano a rendere più efficacia alla cura, e quelle per determinare i limiti della competenza dell'autorità sanitaria comunale e di quella governativa;

3° Di facilitare vieppiù i mezzi di cura gratuiti nei dispensarii celtici e nelle sale celtiche, rimovendo tutte quelle cause morali e materiali che possono trattenere gli infermi di ricorrere ad essi.

Il Congresso medico di Chiavari

Domenica si è s' inaugurata a Chiavari nel Palazzo di Giustizia, gentilmente messo a disposizione del Comitato ordinatore, il V Congresso medico regionale ligure. Il programma vastissimo, che comprende questioni del massimo interesse, ad es.: L'avvenire climatico di Chiavari e del suo circondario (tema proposto dalla Società economica) ed altre, che saranno trattate da spiccate personalità della Facoltà e della Pratica, è arra dell' esito migliore. L' inaugurazione si fece alle ore 11, presenti il ministro Baccelli, il prefetto di Genova, i Senatori, Deputati e le altre autorità. La prima seduta si tenne il giorno stesso alle ore 15 e la seconda il lunedì pure alle ore 15. Il Baccelli pronunziò un importantissimo discorso inaugurale.

La sera di lunedì ebbe luogo a Rapallo nello Stabilimento balneario un ricevimento in onore dei Congressisti. La terza e la quarta seduta si tennero il martedì e appena dopo la chiusura del Congresso, il municipio di Chiavari offrì un pranzo a tutti gli aderenti. Durante le sedute in altra delle sale, sede del Congresso, funzionava il grande apparecchio dei raggi Röentgen, appartenente alla Clinica medica, per il quale hanno cortesemente accordato l' uso di una dinamo il senatore Piaggio col figlio ingegnere Carlo e l'ing. Müller direttori della Società bacini; e gli accumulatori il prof. P. M. Garibaldi della Università di Genova. L' apparecchio era a libera disposizione di tutti quei colleghi che volevano con esso fare ricerche sui loro ammalati.

Il segretario del Congresso èra il dott. Italo Bocca.

Nelle nostre Università

Napoli. Fede dott. Nicola è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia e clinica pediatrica.

PICCOLA POSTA

R. A. Aidone. Per il prof. Bernheim può indirizzare alla facoltà medica di Nancy; per *Gilles de la Tourette* metterà: agrègè à la *Faculté de Mèdecine de Paris;* Pitres è direttore della clinica medica di Bordeaux.

Quanto ai principali giornali italiani di neurologia, vanno per la maggiore *La Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale* pubblicata dal Tamburini a Reggio Emilia, e gli *Annali di Neurologia* pubblicati a Napoli da Bianchi e Vizioli.

CONCORSI E CONDOTTE

Cagliari. Concorso al posto di professore straordinario di medicina legale nella Università. Scadenza 15 luglio.

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario di dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica nella Università. Scadenza 8 settembre.

Palermo. Concorso al posto di professore straordinario di anatomia comparata nella Università. Scadenza 8 settembre.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Parma. Concorso al posto di professore ordinario di zoologia, anatomia e fisiologia comparate nella Università. Scadenza 30 luglio.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

NUOVE OSSERVAZIONI SUL BERI-BERI

Molte quistioni sono ancora controverse nella patologia del beri-beri. Deve essa esser sempre riguardata, come vuole Leyden, per una forma di nevrite periferica? La nevrite multipla spiega tutti i fenomeni clinici e le lesioni anatomiche della malattia? Glogner ha già fatto osservare che, senza parlare di quei casi di beri-beri sorti da un'infezione malarica, esiste in quella malattia una serie di sintomi, che non hanno nulla che vedere colla nevrite, come il tumore di milza e la febbre atipica, ed ha anche notato casi in cui esistevano questi due ultimi fatti, senza i sintomi della nevrite multipla, potendo d'altra parte escludere che si trattasse di infezione malarica. Ha fatto perciò opera utile il Jamagiva, direttore dell'Istituto patologico di Tokio, di discutere la natura del beri-beri alla base di un ricco materiale raccolto nel detto Istituto. La massima parte degli individui morti di kakke o beri-beri è robusta; i casi in cui la costituzione è gracile e la nutrizione cattiva appartengono a quelli complicati a tubercolosi, tifo ecc. Il colorito è generalmente pallido e si trovano numerose macchie ipostatiche. Spesso si riscontra edema generale o parziale (nei casi di Jamagiva fra 90, 49 volte = 54,4 0[0). La rigidità dei cadaveri degli individui morti di beri-beri è per l'ordinario cospicua. Dei versamenti sierosi nelle varie cavità del corpo, il più frequente è l'idropericardio, poi l'idropeascite, poi l'idrotorace. Nei casi acuti si trovano spesso ecchimosi nell'epicardio e nella pleura polmonare, come nella morte per soffocamento. Nel cuore è frequentissima la degenerazione grassa sia diffusa, sia in forma di chiazze; inoltre si trovano spesso dilatazioni ed ipertrofie delle cavità senza alcuna traccia di degenerazione. Pericardite ed endocardite non si osservano mai nei casi non complicati. Riguardo ai polmoni, Jamagiva ha trovato edema nell'80 0[0 dei suoi casi; esiste iperemia, senza però che abbia mai luogo induramento rosso o bruno. Invece il polmone nel beri-beri è d'ordinario scarso d'aria, ma talvolta enfisematico, il che corrisponde all'osservazione clinica. Una complicanza od un'alterazione secondaria frequente è la pulmonite catarrale, specie nei poppanti. La milza nel beri-beri presenta spesso un certo aumento del suo volume, minimo però in confronto a quello che si ha in molte altre malattie infettive. Contiene molto sangue, per lo più è di consistenza dura, e quando è molle non raggiunge mai il grado che si riscontra nelle malattie infettive acute. D'ordinario si trova nella milza del beri-beri un mediocre grado di indurazione cianotica. Se ne desume che non ha alcun fondamento la distinzione fatta da Glogner di casi con tumore di milza e casi senza tumore. Non si può dippiù ritenere, come egli vorrebbe, che il beri-beri sia una malattia affine alla malaria, perchè in quella non si ha mai un aumento di volume dalla milza così cospicuo, come in questa. Forse Glogner avrà osservato casi di associazione dell'una e dell'altra malattia. I reni nel beri-beri presentano d'ordinario la superficie liscia, ma in pochi casi la capsula difficilmente si distacca e la superficie del rene è più o meno granulosa. Ma di questa alterazione non si deve tenere gran conto, perchè può essere dipendente dall'età degli individui o può essere un residuo di processi morbosi di antica data. Il volume ed il peso dei reni si trova normale. Nella superficie di sezione si trovano ora i segni di iperemia, ora di indurazione cianotica; qualche volta si vedono intorbidamenti parziali della sostanza corticale. In generale dunque il rene del beri-beri presenta poche alterazioni, su di che del resto si accordano gli autori. Negli altri organi nulla di patologico si rileva all'esame macroscopico.

L'esame microscopico dei varii organi dimostrò a Jamagiva quanto segue. I nervi periferici, nei casi acuti e subacuti, presentano i segni di una semplice degenerazione. Nei muscoli si trova un' alterazione speciale, di natura non infiammatoria, ma che non può essere riguardata come un' atrofia semplice. Consiste in un'infiltrazione di cellule rotonde ed in un aumento dei nuclei negli interstizi; ma l'infiltrazione non ha i caratteri della miosite interstiziale, perchè è lieve ed uniforme e l'aumento dei nuclei non è un reperto frequente. Le fibre muscolari ora sono grosse e spesse, ora sottili: la loro striatura è conservata. In due casi Jamagiva trovò alterazioni regressive che potevano paragonarsi alla degenerazione cerea di Zenker.

Nel miocardio il reperto istologico ordinario è quello della degenerazione grassa.

Nei reni si nota quanto segue: cilindri jalini nei canalicoli retti e granulosi nei contorti, depositi di masse granulose nelle capsule di Bowmann, intorbidamento granuloso delle cellule epiteliali, circoscritto per lo più ai canalicoli contorti dello strato limitante, alle colonne di Bertin ed alle anse di Henle, talvolta diffuso a tutta la sostanza corticale, scomparsa del nucleo in molti epitelî con rigonfiamento granuloso dei medesimi. Jamagiva esclude che si tratti di lesioni infiammatorie, perchè non c'è rigonfiamento torbido e le alterazioni parenchimatose sono per lo più circoscritte; inoltre mancano alterazioni del tessuto interstiziale. Egli designa lo stato del rene nel beri-beri come una semplice degenerazione parenchimale.

Discutendo la genesi delle lesioni più importanti del beri-beri ed in primo luogo la dilatazione e l'ipertrofia del ventricolo destro e sinistro e la metamorfosi grassa del miocardio, Jamagiva osserva quanto segue: A spiegare la dilatazione e l'ipertrofia del ventricolo destro non può trarsi in campo un vizio mitralico, perchè non è stato mai osservato nel beriberi, nè un disordine primario nel piccolo circolo. Nondimeno nei polmoni bisogna trovare la causa, ed il Miura la ripone nella diminuzione passiva di volume dei polmoni o nella retrazione dei medesimi per restringimento dell'area polmonare in seguito ad una posizione più elevata del diaframma paretico; quì entra forse anche in campo la contrazione dei rami dell'arteria polmonare. Scheube e Glogner hanno obiettato che in tanti casi di paralisi del diaframma non si trova ipertrofia del cuore destro e Jamagiva obietta che se il Miura ammette che nel beri-beri acuto la paralisi del diaframma è acuta e nel cronico si manifesta lentamente, si dovrebbero osservare delle differenze nel modo di comportarsi del cuore destro nelle varie forme della malattia, il che non è. Piuttosto Jamagiva crede che abbia maggiore od esclusiva importanza nella produzione dell'ipertrofia del cuore destro la seconda delle cause messe avanti dal Miura, lo stato di contrazione dei sottili rami dell'arteria polmonare.

A spiegare la dilatazione del ventricolo sinistro si può dire questo: tutte le metamorfosi regressive degli organi nella kakke, il pallore della cute e della mucosa sono dovuti ad ischemia, conseguenza della contrazione dei piccoli rami arteriosi. Questa dà evidentemente luogo ad aumento di resistenza nel grande circolo, donde l'ipertrofia del ventricolo sinistro.

La degenerazione grassa del miocardio poi può spiegarsi allo stesso modo di quella che si verifica nei vizii cardiaci, cioè col difetto di nutrizione del muscolo il cui lavoro è aumentato. La degenerazione dei nervi periferici e dei muscoli è dovuta all'anemìa. L'affezione parenchimatosa degli epiteli renali potrebbe essere conseguenza di stasi o di ischemia o di intossicazione, ma la forma dell'affezione corrisponde piuttosto alla semplice necrosi da anemia, a cui corrisponderebbe anche la precoce diminuzione della secrezione urinaria.

I versamenti sierosi nelle cavità e nel tessuto cellulare sottocutaneo, che si manifestano nel beri-beri prima della morte sono principalmente dovuti ad insufficienza del miocardio. Gli edemi circoscritti possono essere riguardati come idiopatici, dipendenti da un disordine nervoso o vasomotorio.

Resta a discutere la patogenesi e l'etiologia del beri-beri. Pare che la origine della malattia debba riporsi nei vasi periferici: se l'aumento di resistenza nei piccoli rami arteriosi periferici dura a lungo o raggiunge un grado rilevante, si ha anemia nei diversi organi e tessuti, dilatazione ed ipertrofia del cuore sinistro. All'ischemia segue atrofia, degenerazione o necrosi. A che cosa è dovuto l'aumento di resistenza alla periferia? Lodewijk e Weiss in 50 cadaveri di kakke hanno trovato endoarterite, con la quale spiegano la patogenesi della malattia. Ma il beri-beri colpisce a preferenza individui giovani o maturi, in cui l'endo-arterite non è così frequente come nei vecchi. Inoltre l'endo-arterite è stata trovata solo nell'aorta e nelle grosse arterie. Jamagiva nell'esame microscopico dei nervi, dei muscoli e dei reni trovò sempre il lume vasale notevolmente ristretto, ma non segni di endo-arterite. Secondo lui si tratta nel beri-beri di una contrazione dei piccoli rami arteriosi periferici del grande e piccolo circolo, effetto di uno stimolo diretto od indiretto esercitato dal *virus* che è causa della malattia. Egli distingue tre forme: la cardiaca (forma acuta ed acutissima, (*shoshin*); la nerveo-muscolare (forma ordinaria, subacuta o cronica); forma renale (idropica).

Discutendo infine la causa della malattia Jamagiva la riguarda come effetto di intossicazione. Quale sia il veicolo di questo veleno non si può ancora stabilire con certezza; giacchè possono farsi delle obiezioni tanto all'ipotesi di Miura, che il veleno sia trasmesso dalla carne guasta di una specie di pesce, quanto alle altre che mettono in rapporto l'insorgenza della malattia con l'uso del riso cotto o del riso guasto.

BIBLIOGRAFIA

Scheube. Kakke, Leipzig 1892; Die Beri-beri-Krankheit, Jena 1894. — Baelz. *Zeitschr. f. klin. med.* Bd 141. — Glögner. *Virch. Arch.* Bd 141, p. 402. — Miura. *ibid.* Bd 117, p. 163 e Bd 146 p. 134. — Sakaki. Urs. Ber. zw. Kakke u. Reis, Tokio 1892. — Jamagiva. *Virchow's Arch.* Bd 156, H. 3, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli
diretto dal prof. CACCIOPPOLI

TREDICI LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME

Contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore

Dottor Enrico D'Ursi

L'indirizzo nella cura delle ferite penetranti dell'addome oramai è completamente cangiato malgrado che i chirurgi francesi capitanati dal Reclus parteggiassero per la cura aspettante fondandosi sulla statistica e su gli esperimenti istituiti su gli animali. Il massimo impulso si ebbe dai chirurgi d'America, ove questi per la frequenza delle ferite da taglio e d'arma da fuoco comunicarono molti casi, donde risultava la necessità di operare al più presto possibile. La chirurgia addominale per tumori e processi infiammatorii perfezionò la tecnica operativa, la semplicizzò per ridurla in casi di ferite alla portata di tutti.

Non mi occuperò a tal proposito delle diverse statistiche pubblicate circa i risultati ottenuti dall'intervento efficace nelle ferite *penetranti* dell'addome nè a fare statistiche, poichè l'egregio collega Sandulli ha pubblicato un pregevole lavoro, che dal modo come venne trattato si può dire unico nel suo genere.

Dirò in questo mio lavoro tutto quello che ho potuto osservare nei casi, che capitarono ai miei colleghi ed a me cercando di portare un tenue tributo a questa branca della chirurgia addominale.

Incisione delle pareti addominali. Questa è stata l'oggetto di discussione di varii chirurgi perchè non mancano casi di ernie ventrali in seguito a laparotomie, che riuscirono, per maggior cordoglio, semplicemente esplorative. Così Barker consiglia di divaricare anzichè tagliare le fibre muscolari, giacchè, egli dice, quando in seguito della sutura, le fibre muscolari integre riprendono la loro posizione, la parete avrà la stessa solidità di prima.

Nel secondo congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, tenutasi a Ginevra nel settembre 1896, da varii fu discussa la sede della incisione e l'estensione della ferita operatoria nella laparotomia a fine d'evitare le ernie consecutive.

Bantock preferisce l'incisione sulla linea alba e la ferita operatoria quanto più piccola è possibile; nella unione della stessa poi, se trattasi di soggetti giovani e sani, con muscoli bene sviluppati, esegue una sola sutura in massa. Quando l'individuo è emaciato, con pareti sottili, fa una sutura a due o tre strati. Se le pareti addominali contengono molto grasso sutura prima il peritoneo e poi gli altri tessuti.

Byford di Chicago vuole ancora l'incisione della linea alba, perchè s'evitano estesi maltrattamenti di tessuti, è più facile ancora la disinfezione della ferita, e sopratutto i tessuti si accollano esattamente colla sutura.

Alban Doran di Londra fa notare che la ernia consecutiva devesi ad una quantità considerevole di peritoneo compreso nella sutura, la quale interponendo nella sutura degli altri piani, con la tosse, vomito e specialmente collo sviluppo di gas intestinali durante la convalescenza produce ernie consecutive.

Amann, Eugström, Queirel e Latzko di Vienna convengono per le incisioni sufficientemente lunghe non mai meno estese di quelle, che richiede l'operazione senza preoccuparsi della linea alba, purchè si chiuda la ferita con sutura a piani staccati, con scrupolosa asepsi, emostasi completa, e si stringa moderatamente per non ostacolare la vitalità dei tessuti.

Seguirò le conclusioni di questi ultimi attenendomi allo studio un poco più dettagliato circa la scelta del metodo delle incisioni addominali.

L'addome è limitato in basso dalla linea addomino-pelvica ed in alto dalla toraco-addominale. La cavità addominale è più estesa di questi confini esterni, poichè s'insinua molto profondamente sotto la base del petto sino a livello del 4° spazio intercondrico, e da questo livello sino alla linea pleurica inferiore, la base del torace sovrapponesi come un elmo sulla sommità dell'addome, e ne nasce una zona, toraco-addominale, circoscritta in alto dal perimetro mammario, in giù dalle linee pleuriche inferiori dei due lati.

Le ferite penetranti dell'addome possono essere prodotte da agenti, che arrivano direttamente nel cavo addominale o indirettamente dopo che hanno attraversato la zona toraco-addominale.

Per tal fatto le ferite penetranti dell'addome si possono curare o solo coll'incisione delle

pareti addominali, *laparotomia,* o coll'apertura delle due cavità toracica e addominale cioè la *toraco-laparotomia.*

Non sempre nelle ferite toraco-addominali è necessaria la toraco-laparotomia, che vien sostituita assolutamente della laparotomia, qualora i visceri toracici non presentano fenomeni allarmanti ed i visceri addominali feriti sono accessibili con la semplice apertura del ventre; viceversa senza nessuna lesione toracica dovremo, come nei casi di lacerazione della convessività del fegato, eseguire la toraco-laparatomia.

Di tutte le incisioni, che si praticano nella laparotomia, alcune sono longitudinali, altre oblique.

Le longitudinali sono quella della linea alba che può estendersi dall' appendice ensiforme alla sinfisi del pube, quella che cade immediatamente fuori il margine esterno di uno dei muscoli retti dell'addome, infine quella che interessa il triangolo di Petit.

Nell'incisione mediana della linea alba detta xifo-ombelicale, xifo-pubica, pubo-ombelicale a secondo della sede e dell'estensione, vengono lesi successivamente la cute, il connettivo sottocutaneo, la linea alba ed il peritoneo.

Nel segmento ombelico-pubico oltre gli strati sopradetti bisogna aggiungere la fascia trasversale di Cooper, la quale precede il peritoneo o meglio è anteposta a questo.

L'incisione, che cade sul margine esterno dei retti addominali, vien designata da una linea che parte dall'incontro della parasternale coll' arcata costale per portarsi leggermente obliqua in basso ed in dentro.

Negli operandi a causa delle contrazioni addominali nel primo periodo dell'anestesia generale si delineano i margini esterni dei retti addominali: in questa incisione conviene al chirurgo di aprire la guaina del muscolo e dissecarlo dalla parete anteriore della guaina alla quale aderisce intimamente in corrispondenza delle intersezioni tendinee.

Questi due tagli mediano e dell' apertura della guaina di uno dei retti addominali hanno un gran valore nella ricostruzione della parete addominale, per la sicurezza di riuscita nel ravvicinamento esatto di tutti gli strati, che nella linea alba confluiscono.

Inoltre queste incisioni debbonsi sempre e possibilmente preferire qualora si tratti di soggetti anemici e malandati, perchè si ha nell'atto operativo una perdita minima di sangue.

L'incisione della linea alba e della guaina d'uno dei retti valgono principalmente per le lesioni del pacchetto intestinale, stomaco, cistifellea, e nei soggetti magri si può usuifruirne nelle lesioni dell'ala piccola del fegato.

Nel chiudere la ferita addominale bisogna essere accorti di non comprendere il peritoneo; in alto, nella sutura della parete posteriore della guaina del retto ed in basso in quella della fascia trasversale di Cooper, poichè nello stringere le anse di sutura le dette produzioni anatomiche si lacerano insieme.

Il taglio lombare cade in corrispondenza di quello spazio virtuale compreso tra il bordo esterno del grande dorsale ed il margine posteriore del grande obliquo. L' incisione cade innanzi al muscolo quadrato dei lombi, in corrispondenza della linea costo-iliaca, che è una continuazione dell'ascillo-dorsale, e si abbassa verticalmente tra la cresta iliaca e l' ultima costola. Si può dire ancora che essa incisione cade in corrispondenza del terzo posteriore col terzo medio della cresta iliaca. In questa sede v'è scarsa perdità di sangue perchè incisa la cute e l'aponevrosi lombare non resta che a divaricare i musculi per giungere sul peritoneo.

Tale incisione riesce oppurtuna nelle ferite del rene ed in tutte quelle da punta e taglio, che capitano nella regione lombare.

Oltre le tre descritte incisioni v' è quella lombo -addominale, la quale riesce conveniente più nei casi di tumori del rene. Il taglio capita sulla papillare prolungata, il peritoneo parietale è inciso due volte per egual lunghezza, sulla parete antero-laterale dell'addome di un lato e sulla lamina mesocolica esterna.

I margini delle due ferite peritoneali si suturano a due a due da ciascun lato di modo che questo processo rende extraperitoneale ogni atto operativo sul rene. Solo in casi di ferite del rene complicate a quella dei visceri addominali si potrebbe intervenire con questo metodo specialmente se il chirurgo avesse tutte le buone ragioni per conservare l'organo leso, ed allora dopo il trattamento della ferita dei visceri intraperitoneali potrebbe passare alla sutura delle due incisioni della sierosa addominale nei modi su descritti per rendere extraperitoneale ogni ulteriore operazione del rene ferito.

Oltre di queste incisioni vi sono quelle ob-

blique, che hanno un valore indiscutibile per certi organi determinati. Sappiamo che lo stomaco, secondo Labbè, occupa uno spazio stretto e triangolare attraverso del quale si può facilmente aggredirlo. Tale zona è limitata in basso da una linea orizzontale, che congiunge la cartilagine della nona costola di ciascun lato; in fuori ed in alto dal margine anteriore del fegato, che si estende da detta linea sino ad incontrare la cartilagine dell'ottava costola di sinistra, ed infine dal margine costale di sinistra sino al punto d'incontro con la detta linea orizzontale.

Questo spazio triangolare è occupato a stomaco vuoto dal colon trasverso.

Nelle lesioni dell'epigastrio se trattasi del lato sinistro l'incisione s'estende dall'appendice ensiforme alla linea di congiungimento delle due none cartilagini a due centimetri dall'arcata costale.

Per tracciare la linea orizzontale secondo il Labbè si ha per punto di ritrovo la parte mobile anteriore della cartilagine della decima costola, alla quale segue una depressione ed immediatamente sopra di questa trovasi il punto della nona cartilagine costale, che serve a tracciare il limite inferiore dello stomaco.

Sul margine costale di destra si può fare un altro taglio obliquo nello stesso modo di quello di sinistra, il quale serve a secondo della sua estensione ad ogni intervento sulla cistifellea come colicistectomia trattandosi di lesione carcinomatosa od idrope, colicistotomia se si rinvengono calcoli nella stessa o nel suo dotto cistico; colicistienterostomia o colicistigastrostomia se devesi deviare il deflusso della secrezione della bile dal duodeno nel tenue o stomaco. Questa incisione vale ancora per le operazioni, che si praticano sul coledoco, per la compressione del legamento epato-duodenale in casi d'emorragia per ferita del fegato, per le lesioni del duodeno, porzione pilorica dello stomaco, e colon trasverso etc.

Vi sono ancora laparotomie con incisioni oblique, le quali rispondono a quelle della fossa iliaca per l'allacciatura dei vasi iliaci.

Di tutte queste incisioni possiamo servirci a secondo la sede nei casi di ferita da punta e taglio, laddove in casi di ferite d'arma da fuoco l'incisione della linea alba è da preferirsi come quella che serve meglio a poter rovistare in tutte le anfrattuosità peritonali, anche perchè nella maggior parte di esse non possiamo conoscere l'organo o gli organi lesi stante l'irregolarità del tragitto intraperitoneale percorso dal proiettile.

Oltre la laparotomia colla semplice incisione delle pareti addominali abbiamo quella col lembo costo-diaframmatico citato da Alessandri, aiuto della Clinica chirurgica di Roma. Essa serve ad intervenire nelle ferite della convessità del fegato e consiste nell'aggiungere all'incisione addominale presso il bordo costale destro la mobilizzazione della parte corrispettiva della parete toracica. Su questa come pure alla laparotomia transpleurica ritornerò a proposito del trattamento delle lesioni di taluni visceri.

Il chirurgo nelle ferite addominali ha da fare con organi cavi comunicanti coll'ambiente esterno e perciò settici, con glandule voluminose e ricche di vasi sanguigni, e perciò deve col suo intervento evitare la sepsi peritoneale e la morte per dissanguamento. Al primo fatto si ripara con suture e lavaggi, al secondo con allacciature, suture emostatiche e zaffo.

(*Continua*)

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ MEDICA DI BERLINO

Seduta del 28 giugno 1899.

***Bruck*, Postumi cicatriziali difterici.** — Presenta un giovane con disturbi nella deglutizione e nella fonazione per cicatrici al faringe e al palato molle che gli erano rimaste in seguito ad una grave difteria avuta nella fanciullezza.

***Lewin*. Sinchisi scintillante.** — Presenta un individuo affetto da sinchisi scintillante di alto grado, nell'occhio del quale si potevano vedere benissimo i cristalli di colesterina.

***Zondek*. Il sistema arterioso renale e la sua importanza nella chirurgia di questa regione.** — Presenta preparati anatomici riuscitissimi di rene, in cui mercè la macero-iniezione poteva vedere come già aveva veduto Hirtl, la diramazione esatta dei vasi dell'organo. Dallo esame di questi preparati si rileva, come i vasi arteriosi si dividono in due metà ineguali, cioè la parte più grossa irrora la regione ventrale e la più piccola la regione dorsale. Spesso si notano delle anomalie, come l'esistenza di 2-3 arterie renali. In quanto riguarda la chirurgia dei reni dai dati anatomici si rileva come il taglio dei medesimi dovrà esser condotto specialmente sulla regione dorsale e da qui obliquamente in su sul bacinetto. in tal modo si eviteranno le lesioni delle grosse diramazioni arteriose. La

resezione renale poi si può fare benissimo, e per lo più è bene asportarne un cuneo.

Rosenheim. **Sulla ipertrofia stenosante del piloro.** — Ritorna ancora una volta a parlare di quella storia clinica altra volta riferita alla Società, riguardante un bambino che in seguito a morbillo ebbe quel complesso speciale di sintomi (vomito, dimagramento (ectasia gastrica) per cui il Rosenheim fece diagnosi di ipertrofia stenosante del piloro. In principio fu eseguita la piloroplastica, poi la gastro-entero-stomia ed ora finalmente è guarito. L'ipertrofia congenita del piloro, secondo l'oratore non è così frequente, come alcuni autori, specialmente i pediatri, hanno voluto affermare di recente.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Seduta del 1° Luglio 1899

Gilbert e Castaigne. **La tensione arteriosa nella pneumonite.** — Dallo studio della tensione arteriosa in 17 pneumonitici si rileva come da principio nel 1° o 2° giorno si ha una ipertensione, cosa che non si riscontra nelle infezioni sperimentali, poi però (quando già si ha il soffio tubarico) si ha una ipotensione manifesta. Durante la convalescenza la tensione risale lentamente, il numero delle pulsazioni ritorna pure normale. ma il polso resta per molto tempo instabile. La tensione non è mai discesa al disotto di 10 nei casi guariti, invece nei casi ad esito fatale è caduta ad 8 e anche al disotto. Da ciò si potrebbe dedurre una regola pronostica, però bisognerebbe che le osservazioni degli autori fossero più numerose e confermate da altri.

Marie. **Sulla compressione del cervelletto per opera dei focolai di emorragia cerebrale.** — In seguito a certe autopsie di emorragie cerebrali ha potuto constatare che il cervelletto aveva subito una compressione per parte del focolaio cerebrale, però questo fatto non è costante ed è probabile che anche altri fattori vi entrino in giuoco.

Charrin e Levaditi. **Influenza del titolo isotonico o anasotonico delle soluzioni minerali sulla attività delle tossine disciolte in queste soluzioni.** — Da qualche tempo le soluzioni mineralizzate sono largamente impiegate in terapia, si sa la loro influenza sul circolo e su certi elementi della nutrizione. Questi studi sono stati fatti dai suddetti autori i quali continuando a studiare il medesimo argomento, sono stati condotti ad esaminare l'influenza del titolo delle soluzioni saline sull'attività delle tossine. Dalle loro esperienze basandosi anche sulle nozioni acquisite in materie d'osmosi, si è autorizzati ad ammettere, almeno a titolo d'ipotesi, che nelle condizioni di anasotonia, i prodotti microbici penetrano più rapidamente nelle cellule.

Hallion dice che insieme a Carrion ha veduto che una soluzione salina ipertonica favorisce l'assorbimento della stricnina per la pelle della rana, non solo quando si mescola la soluzione all'alcaloide, ma anche quando la si fa agire sulla pelle prima di quest'ultimo.

Sicard. **Caratteri relativi al siero sanguigno in certe varietà di porpora emorragica.** — In quattro casi di porpora emorragica ha notato l'assenza o la inattività del potere coagulante di alcune gocce di siero essudativo, rispetto ad altri umori non spontaneamente coagulabili, come sono, per esempio, certi liquidi di idrocele. Si può pertanto ammettere che nel siero di certi ammalati di porpora, per una causa che ci sfugge, il fermento-fibrina, non sia in quantità sufficiente o sia in parte inattivo, non potendo così dare origine che alla prima varietà di fibrina: fibrina che coagula e non alla fibrina che si retrae. L'aggiunta di cloruro di calce in piccola quantità può fare ricuperare a questo fermento — fibrina almeno una parte del suo antico potere retrattile. Da questi e da altri fatti un giorno potrà dedursi la esplicazione patogenica di certi casi di porpora emorragica.

Frouin. **Sull'acido solfocianico del succo gastrico.** — Nencky ha trovato dell'acido solfocianico nel succo gastrico del cane. Frouin ha ripetuto le esperienze e sono state negative. L'acido solfocianico non sembra dunque che sia un costituente della secrezione gastrica. In certi casi la sua presenza nel succo gastrico può essere dovuta sia ad una ipersecrezione, che alla digestione delle albumine.

Achalme. **Ricerche sulla presenza dei fermenti solubili nel pus.** — Le diastasi in cui ha potuto stabilire la presenza del pus (per completare le esperienze fatte nel 1891) sono: lipasi, amilasi, tripsina, caseasi, diastasi liquefacente la gelatina, ossidasi, diastasi decomponente l'acqua ossigenata.

Noïca. **Bronchiti fetide da colibacillo.** — Ha osservato un certo numero di bronchiti nelle quali il fetore gli è sembrato legato alla presenza del bacterium coli.

In tre casi infatti dalle culture di sputi, si è sviluppato questo microbo.

Lépine. **Bronco-pneumoniti sperimentali da bacillo di Eberth.** — Manda una nota sulla produzione di bronco-pneumoniti diffuse negli animali sottoposti alle iniezioni intratracheali di bacillo di Eberth.

Auché e Chavannaz. **Tossicità del liquido delle cisti ovariche.** — Fanno pervenire le conclusioni di un lavoro sulle lesioni del fegato determinato nel coniglio con le iniezioni intraperitoneali di contenuto liquido di cisti ovariche.

Braquehaye e Remlinger. **Mammella soprannumeraria in un uomo.** — Riferiscono di una mam-

mella soprannumeraria situata al disotto dell' ombelico, in un uomo, e ne tirano delle deduzioni embriologiche.

Pampilian. **Sistema nervoso della sanguisuga.**—Riferisce alcune esperienze concernenti l'automatismo dei centri nervosi della sanguisuga e del tritone.

Movimento biologico universale

1. Chassaigne porta un « **contributo allo studio delle materie riduttrici del sangue.** » Egli è stato colpito dagli inconvenienti che presentano i processi attuali di dosaggio del glucosio nei liquidi organici, inconvenienti che hanno provocato varie divergenze negli esperimentatori. Il liquore di Fehling dà risultati falsi a causa delle tracce di albumina contenuta nel siero, il liquore ferrocianurato di Bonnau sembra che elimini le materie albuminoidi, in modo da lasciare che il liquido di Fehling agisca esattamente (*Thése de Bordeaux* 1898-99).

2. Cruzewska modifica i processi di Hofmeister e di Gurber per la « **cristallizzazione della albumina del sangue.** » in questo modo: invece di concentrare il liquido per evaporazione o per addizione di solfato d'ammoniaca, si modifica la concentrazione abbassandone la temperatura ed elevandola in seguito. Con questo mezzo si poterono cristallizzare le albumine del siero degli animali che non erano ancora state viste sotto questa forma. (*Acadèmie des sciences*, 19 giugno 1899).

3. Vaquez riferisce sulla « **iperglobulia e splenomegalia.** » Rendu e Widal hanno richiamato la loro attenzione su di una sindrome caratterizzata da iperglobulia, cianosi e splenomegalia. Questi tre sintomi appaiono insieme e la cianosi è la traduzione clinica della iperglobulia. Pure nei casi di Moutard-Martin e Lefas la cianosi mancava. È forse più esatto lasciare da lato questo fenomeno della cianosi e di ritenere la associazione della ipertrofia della milza con l'aumento dei globuli rossi (*Societè médicale des Hôpitaux.* Seduta del 16 giugno 1899).

4. Moulinier studia « **il meccanismo dei disordini circolatorii nell'intossicazione difterica esperimentale acuta.** » Dalle sue esperienze conclude che la lesione principale che si trova all'autopsia nella intossicazione difterica sperimentale acuta, è una congestione intensa di tutti gli organi irrigati dalla grande circolazione (specialmente dei visceri addominali) con un abbassamento considerevole e progressivo della tensione arteriosa. Secondo lui, questa congestione è d'ordine meccanico, e tanto il suo stabilirsi progressivamente quanto lo abbassamento progressivo della tensione arteriosa dipendono da 2 cause. 1° Dalla diminuzione dell'energia cardiaca, provata fisiologicamente. 2° Dall'insufficienza della replezione cardiaca che dipende dalle difficoltà della circolazione venosa. L'esame funzionale dello pneumogastrico fa costatare che per la tossina difterica, si produce una dissociazione dei filetti sensitivi dello pneumogastrico e dei filetti centrifughi inibitori cardiaci di questo nervo. (*Thése de Bordeaux,* 1898-99).

5. Arloing studia « **l'influenza della via di introduzione sullo sviluppo degli effetti terapeutici del siero antidifterico.** » Questo esercita un'azione terapeutica che in parte dipende dalla via scelta per introdurlo nell'organismo. Nel cane la via sanguigna è superiore alla via congiuntivale; nella cavia la congiuntivale è superiore alla via peritoneale. Resta a cercare il determinismo di queste differenze. (*Acadèmie des sciences,* 19 giugno 1899).

6. Jullien ha eseguito alcune ricerche sperimentali sulla « **agglutinazione del bacillo di Nicolaïer** » Ha veduto che: 1° Il sangue dell'uomo e di diversi animali (topi, cavie, conigli, etc.) non è agglutinante per il bacillo di Nicolaïer. 2° In nessun caso il sangue o il siero di uomini o animali tetanizzati sembra acquistare il potere agglutinante. 3° Il siero di cavallo fortemente immunizzato contro il tetano è fortemente agglutinante. 4° Affinchè il sangue di un animale normale, acquisti delle proprietà agglutinanti bisogna che esso abbia ricevuto delle dosi considerevoli di siero. 5° La tossina tetanica, mescolata al siero antitetanico non forma deposito nè alla temperatura ordinaria, nè a 38°. (*Thèse de Lyon*, 1899-99).

7. Sztencel, publica un caso di « **atresia imenale,** » osservato in pratica privata in una donna in travaglio di parto. Il foro imenale era piccolo e la membrana era dura e molto spessa, per cui fu necessità inciderla col bisturì, dopo di che il parto si potè compiere felicemente. Il coito si praticava soltanto nel vestibolo, e il concepimento potè avvenire forse in seguito ad una forte eiaculazione del seme nell' apertura imenale, donde penetrato in vagina e poi nell'utero, l'elemento maschile potè fecondare l' ovulo. (*Wiener medicinische Presse,* n. 27, 2 luglio 1899).

8. Somma fa delle « **ricerche sperimentali sull'eliminazione del mercurio per il latte di donna.** » Conclude che l'amministrazione dei preparati mercuriali ai lattanti per via indiretta, facendone prendere cioè alla madre, alla nutrice, ovvero all'animale del cui latte si nutre il bambino eredosifilitico, non è un metodo di cura su cui si può fondare menomamente il clinico, giacchè l'eliminazione del mercurio non ha luogo per il latte. (*La Pediatria,* n. 6, giugno 1899).

9. Couvelaire si occupa « **dell' acetonuria transitoria in travaglio di parto.** » Da alcuni anni l'acetonuria è stata ricercata e constatata in un gran numero di stati fisiologici e patologici, ma questa constatazione fatta spesso con reattivi infedeli, ha dato luogo ad errori nelle conclusioni per cui il Couvelaire ha studiato di nuovo l'argomento, tanto nelle donne in travaglio di parto fisiologico che patologico, in quelle con feto morto etc. ed ha potuto convincersi che l'acetonuria è un sintoma assai raro. (*Annales de Gynècologie et d' Obstètrique,* XXVI anno, giugno 1899).

20. Lépine, si occupa della « **permeabilità renale nelle affezioni cutanee.** » Egli si é servito pertanto del metodo quantitativo, cioè della quantità di rosso di rosanilina o trisolfato di soda che si trova nell' urina dopo un certo tempo della ingestione. La cifra normale è di 0, 75. In casi di pitiriasi generale, di eczema psoriasiforme, di dermatite esfoliativa, non trovò quasi differenza alcuna dal normale. In un caso di seborrea, in un uomo alcoolico arteriosclerotico e di cui l' urina conteneva 0,30 di albumina per litro, la permeabilità renale era di 0,45. (*Gazzette hebdomadaire de médicine et de chirurgie,* n. 51, 25 giugno 1899).

CHIRURGIA MODERNA

CURA OPERATIVA DELL' ASCITE NELLA CIRROSI EPATICA

La proposta di Talma di aprire chirurgicamente nuove vie alla circolazione del sangue della vena porta nei casi di ostacolo al circolo nel fegato, ha trovato eco presso altri autori, ed ultimamente A. E. Neumann di Berlino si è occupato di questo argomento (*Deutsche medicinische Wochenschrift,* n. 26, 1899). È stato osservato che mentre le aderenze peritoneali recenti, anche estese sanguinano poco quando sono distaccate, nei casi in cui si apre l' addome per tumori addominali antichi, lo sviluppo vasale nelle vecchie aderenze è così notevole, che il loro distacco richiede un'accurata emostasi. Sorge poi la domanda se vi sia un nesso causale fra la grossezza del tumore ed il numero e la grandezza dei vasi che vi entrano, giacchè si è pure visto che nei grossi tumori lo sviluppo vasale delle aderenze peritoneali è maggiore. Poichè l'esperienza ci dice che le aderenze si formano per lo più quando il tumore ha raggiunto un grande volume, e subito dopo segue la formazione di vasi, così il grado di questo ha un certo rapporto con la grandezza del tumore, come del resto è stato anche osservato da Virchow e Gusserow, secondo i quali le aderenze con sviluppo vasale possono dar luogo a nuovo accrescimento del tumore. Che la circolazione sanguigna nel campo delle aderenze si compie bene, si rileva del noto fatto che quando un tumore, ad es. dell' utero, aderisce con qualche organo delle vicinanze e mercè i movimenti di questo esso viene a poco a poco distaccato completamente dall'utero, non soffre per nulla nella sua nutrizione, giacchè viene sufficientemente irrorato dai vasi che decorrono nelle aderenze.

Volendo poi ricavare dalle osservazioni cliniche certe conclusioni sulla tecnica operativa, devesi ricordare in primo luogo che le aderenze in cui lo sviluppo vasale é massimo, sono sorte spontaneamente, in seguito ad atrofia del rivestimento endoteliale dei due foglietti del peritoneo, in modo da aversi un'aderenza siero-sierosa.

Volendo riprodurre artificialmente queste condizioni, si può raschiare il peritoneo, ma solo superficialmente per evitare la formazione di aderenze molto dure che invece di favorire ostacolano lo sviluppo vasale. E poichè le forti aderenze si sviluppano specialmente quando non é tenuto molto conto dell'antisepsi, così questa merita uno speciale riguardo. Inoltre poichè le aderenze recenti sogliono essere meno ricche di sangue, è indicato di produrre artificialmente le adesioni quanto più presto è possibile in modo che ci sia il tempo che si sviluppi un circolo collaterale sufficiente. Quanto lungo sia questo tempo non si può determinare con certezza; ad ogni modo si richiedono almeno parecchie settimane, e forse anche mesi giacchè se Schelsky ha visto in 14 giorni svilupparsi un *caput medusae* molto ricco, e Talma dopo 9 giorni ha visto sviluppare grosse vene che dalla cicatrice operativa andavano verso gli spazi intercostali, pure devesi ritenere che queste fossero vene antiche preformate, rese visibili da un maggiore contenuto di sangue.

In un caso di cirrosi epatica il Neumann fece una piccola incisione nella linea mediana dell'addome al di sopra della cicatrice ombelicale, aprì il peritoneo per 4 cm., evacuò il liquido ascitico e con un cucchiaio semitagliente raschiò il peritoneo in tutte le parti limitrofe alla ferita, in modo da privarlo del rivestimento endoteliale superficiale, e così pure il grande omento; suturò poi la parete addominale, comprendendo nella sutura l'omento. Tolta la fasciatura 10 giorni appresso si trovò guarigione *per primam* e parecchie vene ripiene di sangue attorno all'ombelico, nell'addome eravi ancora un poco di liquido. Quindici giorni dopo non eravi più liquido nell'addome, lo sviluppo delle vene attorno all' ombelico era divenuto maggiore, e l'inferma si sentiva bene.

È dunque giustificato nei casi d' ostacolo alla circolazione della vena porta per cirrosi epatica, di aprire nuove vie al circolo, tenendo presente il precetto di Talma di intervenire cioè quando le cellule epatiche sono capaci ancora di funzio-

nare. L'intervento per se stesso è di poco conto e può essere eseguito previa semplice anestesia da infiltrazione e non si differenzia per rapidità dalla laparotomia esplorativa.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *Archiv für pathologische Anatomie und für klinische Medicin* edito da R. Virchow, Bd. 156, H. 3, 1899.

1. I. Iasotzsky. **Sull'alterazioni nella grandezza e nella struttura delle cellule del pancreas in alcune specie d'inanizione.**—Le ricerche sull' alterazioni degli elementi cellulari del pancreas in alcune specie d'inanizione confermano completamente l'esistenza d'una certa autonomia biologica del nucleo. Negli animali alimentati esclusivamente con sego ed amido, quando essi hanno perduto circa il 30 0[0 del loro peso iniziale, i corpi delle cellule pancreatiche sono molto rimpiccioliti nelle loro dimensioni in grado quasi uguale, mentre i nuclei si comportano in modo affatto diverso: negli animali alimentati con sego diminuiscono circa dal 26 0[0 del loro volume iniziale, mentre negli animali alimentati con amido essi non solo non sono rimpiccioliti, ma invece un poco ingranditi rispetto alla grandezza normale. Corrispondentemente alle alterazioni, che hanno luogo nelle condizioni funzionali e nutritive delle cellule del pancreas nelle diverse specie d'inanizione, si alterano in modo preciso e costante non solo le dimensioni delle cellule e dei nuclei, ma anche la loro struttura. Così è caratteristico per i nuclei delle cellule pancreatiche degli animali alimentati esclusivamente con amido la loro ricchezza in succo nucleare; i nuclei degli animali alimentati solo con sego sono contrassegnati dalla loro ricchezza relativa in sostanza safranofila. Il protoplasma delle cellule degli animali sottoposti all'alimentazione esclusivamente sebacea o amidacea è contrassegnata da una struttura delicata, mentre quello degli animali sottoposti a dieta zuccherina dimostra una struttura più compatta e viene colorato più intensamente, cioè i piccoli filamenti in esso contenuti sono più fittamente addossati l'uno all'altro e formano un intreccio più spesso. Cambia ugualmente nelle diverse condizioni la quantità e la natura dei cosidetti granuli di zimogeno; nella dieta zuccherina e nell'inanizione totale le granulazioni hanno lo stesso carattere che nelle condizioni normali, solo la loro quantità è fortemente diminuita di fronte alla normale. Nella dieta sebacea le granulazioni hanno già altri caratteri; i granuli sono più piccoli e vengono debolmente colorati dall'eosina. La dieta amidacea tiene un posto intermedio. Quell' alterazioni complicate e caratteristiche del nucleo, che hanno luogo nella divisione indiretta, hanno messo in avanti l'ufficio del nucleo nel processo di divisione cellulare, che involontamente si attribuì al nucleo nelle altre manifestazioni vitali delle cellule un' importanza minore di quello che gli si dovrebbe assegnare. Le alterazioni facilmente ed evidentemente constatabili nei nuclei del pancreas nella dieta amidacea, nella quale dobbiamo supporre una produzione aumentata del fermento amilolitico, accenna al fatto che il nucleo piglia grande parte nell' attività secretoria della cellula. Le dette alterazioni consistono principalmente nell' aumento della quantità del succo nucleare. L'isole di Langerhaus non sono lobuli ordinarii del pancreas modificati; ma sono organi autonomi acquartierati nella sostanza ghiandolare. Esse pigliano parte all'attività secretoria, per quanto si può giudicare dall'ipertrofia dei lobuli contigui e dalla loro ricchezza in granulazioni di zimogeno, che si osservano in certe condizioni (principalmente nell'inanizione totale, inoltre anche nell' alimentazione sebacea esclusiva, come pure qualche volta negli animali normali).

2. K. Ymagiva. **Contributi alla conoscenza del beri-beri.**—V. pag. 167.

3. L. Pick. **Sugli adenomiomi dell'epooforo e del paraoforo (adenomiomi mesonefrici).**— L'epooforo (parovario) può nel suo posto tipico nel legamento largo produrre degli adenomiomi che si svolgono addossati all' ovaio. Essi portano connettivo citogeno; i loro elementi ghiandolari posseggono la struttura specifica del rene primitivo (corpo di Wolf). Questi adenomiomi che si svolgono in sito dall'epooforo ripetono nei punti caratteristici macro- e microscopici il quadro degli adenomiomi parooforali dell' utero e della parete delle tube di v. Recklighausen che si originano da germi del rene primitivo. Gli adenomiomi epooforali del legamento largo dell'utero fanno conchiudere sulle origine autoctona anche degli adenomiomi parooforali o epooforali e parooforali combinati nel legamento largo. Gli adenomiomi dell'apparato genitale femminile, i cui epitelii provengono dai reni primitivi, debbono dal punto di vista puramente topografico dividersi in parooforali ed ipooforali. Come negli adenomiomi parooforali, anche negli epooforali gli elementi adenomatosi fanno presentare una sorprendente analogia colla mucosa del corpo dell'utero. Un aggruppamento speciale degli elementi adenomatosi e miomatosi può produrre al posto dell'epooforo il quadro di un corpo uterino accessorio.

4. E. Bauer. **Sull'azione dei così detti ascessi da fissazione.** —Dalle storie di ammalati e dal protocollo degli esperimenti di Bauer risulta che gli ascessi che si formano con l'iniezioni di olio di terebentina producono realmente leucocitosi. Ciò che più sorprende è la lunga durata della persi-

stenza delle leucocitosi dopo il decorso della pneumonite, e ciò in pulmoniti tipiche con crisi tipica, dove immediatamente dopo la crisi la leucocitosi suole retrocedere. Questa persistenza delle leucocitosi dopo la crisi è attribuita dal Bauer all'azione degli ascessi. Aggiunge però che non in tutti i casi trovò un aumento della leucocitosi dopo la produzione degli ascessi; in 6 casi quest'effetto fu evidente, in 2 dubbio ed in 2 mancò del tutto. Bastano i due risultati dubbi e i 2 negativi per negare l'azione della suppurazione asettica sull' origine d'una leucocitosi? I risultati degli esperimenti nell'uomo e nel coniglio furono differenti. Nel coniglio si ebbe un aumento notevole del numero dei leucociti dapprima dopo l'iniezione di olio di terebentina, e retrocesso quello, si ebbe un aumento in connessione colla formazione dell'ascesso. Nell'uomo i risultati furono differenti. Donde dipende questa differenza di risultati? Il primo punto da tenersi in considerazione è la piccolezza della dose di olio di terebentina, da lui adoperata nell'uomo. Nel coniglio inoculava d'ordinario 0,3-0,5 cmc. di 1 1|2-2 kg.; nell'uomo adoperava invece da 1 a 2 cmc. di olio di terebentina. Considerando il peso del corpo si vede subito che la dose nell'uomo era più di dieci volte minore per potersi aspettare un'azione uguale a quella che si aveva nel coniglio. La grandezza dell'ascesso dipende decisamente in parte dalla quantità dell'olio di terebentina iniettato. In considerazione della poca tossicità dell'olio di terebentina si potrebbero iniettare nell'uomo dosi maggiori, forse l'azione sarebbe più costante e più pronunziata. Un secondo punto è il seguente: Nei conigli l'iniezioni vennero fatte con un numero normale di leucociti, negli esperimenti sui malati di pneumonite i pazienti avevano già una leucocitosi più o meno pronunziata.

Sull' azione degli ascessi da olio di terebentina sulla leucocitosi nell'eresipela Bauer, difficilmente può pronunziarsi, giacchè i leucociti vennero contati in un solo caso. In questo nei primi giorni dopo l'iniezione fu constatata una diminuzione, nel numero dei leucociti, la leucocitosi aumentò di nuovo al 4° giorno e raggiunse il suo maximum al 5° giorno. Quest'aumento è in connessione colla formazione dell' ascesso o col progredire del processo eresipelatoso? La quistione è lasciata indecisa dal Bauer. É interessante in questo caso la rapida diminuzione della leucocitosi due giorni prima della morte, il che prova che anche nell'eresipela il grado della leucocitosi ha un significato prognostico. Il Bauer, dopo di avere esposto il suo materiale clinico, si pone la questione se dagli ascessi da olio di terebentina viene prodotta una leucocitosi artificiale oppure viene aumentata una leucocitosi già esistente. Per la risposta a questa domanda egli può utilizzare solo i suoi casi di pneumonite, giacchè gli altri casi trattati coll' olio di terebentina sono in parte scarsi per trarne un giudizio, in parte non vennero ricercati su quest' indirizzo ovvero non si confermano per la decisione di questo problema. I risultati nella pneumonite depongono decisamente in favore per l' azione stimolante degli ascessi da terebentina della leucocitosi, tanto più che poterono spiegarsi i risultati negativi e dubbii nel minor numero dei casi. Hanno queste suppurazioni artificiali, asettiche un'influenza favorevole sul processo morboso. A Bauer sembra che l'azione stimolante e aumentante degli accessi da terebentina sulle leucocitosi siano di utilità per l'organismo nella sua lotta con l'infezione.

5. G. Vogel. **Sulla permeabilità della pelle integra degli animali a sangue caldo. —** Da questi esperimenti risulta che alcune sostanze traversano la pelle sana, altre no; le cause di questo fatto Vogel non trae dai suoi esperimenti, giacchè questi dovrebbero essere estesi ad un maggior numero di sostanze e variati in modi diversi.

6, A. Christomanos. **La sorte dei globuli rossi nell'emoglobinuria. —** La glicerina produce nel coniglio per iniezione sottocutanea un'emoglobinuria sicura, la quale apparisce circa un'ora dopo l'iniezione e dura 6 ore e più. La glicerina produce una dissoluzione dell'emoglobina nel plasma sanguigno (emoglobinemia) corrispondente alla sua quantità ed in conseguenza di essa l' emoglobinuria. Ad un aumento iniziale apparente del numero dei globuli rossi segue una diminuzione reale di essi, che aumenta per parecchi giorni. L' aumento iniziale è a riferirsi alla proprietà che ha la glicerina di sottrarre acqua e si accompagna con un rimpicciolimento corrispondente del diametro dei globuli rossi. Essa perdura finchè la glicerina sottrae acqua al sangue ed ai tessuti e si trasforma gradatamente, anche durante l'emoglobinuria, in una diminuzione del numero dei corpuscoli rossi. Già 4-5 ore dopo l' iniezione si può constatare questa diminuzione; dopo una dose grande, pure non immediatamente mortale può discendere fino ad un terzo del numero iniziale, con che può seguire la morte in conseguenza dell'insorgente anemia. Se la quantità di glicerina iniettata non fu eccessiva, l'animale si ripiglia spesso coll'aumento del numero dei suoi globuli rossi. Dopo dosi maggiori di glicerina, i vasi periferici entrano in una contrazione di grado elevatissimo, cosicchè spesso non fuoriesce alcuna goccia di sangue dal taglio dei vasi i quali senza l' iniezione di glicerina cagionerebbero emorragie intense. Quest'anemia può perdurare parecchie ore, anche giorni, ed anche dopo la scomparsa assoluta dell' emoglobinuria. Essa ricorda l'anemia considerevole dei vasi periferici, il senso di freddo, la gangrena ed in generale i fenomeni dell' eccitazione vasomotrice, che si osservano nell'uomo durante l'emoglobinuria in

genere, nel periodo dei parossismi, nell'emoglobinemia parossistica in ispecie. La questione se cioè l'eccitazione dei vasocostrittori sia la causa o piuttosto un risultato dell'emoglobinuria non è toccata da Christomanos. Negli animali che morivano durante l'emoglobinuria (emoglobinemia) osservò rapidamente la rigidità cadaverica (fra 2 6 minuti).

Nei reni non si trovano quasi lesioni anatomiche di sorta. L'emoglobina divenuta libera e disciolta nel plasma viene da essi semplicemente eliminata come altre sostanze svolte, per esempio l'urea senza che venga esercitato uno stimolo più intenso nei reni. Quindi si sarebbe attribuita finora all'alterazioni anatomiche del rene un'importanza maggiore di quella che loro spetti in realtà.

Nel fegato non s'osservarono lesioni anatomiche. Nel sangue si trovarono residui di globuli rossi alterati solo in scarso numero, i globuli si trovarono piuttosto quasi sempre integri; malgrado il loro diverso contenuto emoglobinico.

Nella milza e nel midollo osseo dei conigli, nei quali il numero dei globuli rossi mostrò la diminuzione cennata, si trovarono delle cellule che racchiudevano numerosi globuli rossi, la cui quantità era incessantemente proporzionale al numero dei corpuscoli rossi circolanti.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Le conferenze del prof. Schrön all'Università di Napoli

Il prof. Schrön nelle sere del 15, 16, 17 giugno nell'Aula Magna dell'Università di Napoli, innanzi a tutti i professori e agli studenti del secondo triennio di medicina ha esposto i risultati dei suoi lunghi ed importantissimi studii in tre conferenze essenzialmente dimostrative, mediante negative fotografiche in proiezione con l'apparecchio di Zeiss a forte luce elettrica.

Nella 1ª conferenza ha trattato *della genesi dei microbi e dei loro prodotti di secrezione*, dimostrando: la differenza delle due grandi classi di bacilli, rappresentata l'una dal bacillo del carbonchio, l'altra dal bacillo della tubercolosi; i due generi di bacilli nella catena della prima categoria, vale a dire il bacillo sporificato e l'otricolo; che l'otricolo adulto si curva a guisa di virgola e che il bacillo virgola del colera non è, nè uno spirillo, nè un vibrione, ma semplicemente il genere «Otricolo»; l'espansione della spora in capsula bacillifera e bacillipara; lo scoppio a granata della capsula bacillipara; l'espansione dell'otricolo in capsula bacillifera; la differenza tra una colonia chiusa di cocchi ed una capsula bacillifera da espansione della spora o dell'otricolo; la prima fase di secrezione della capsula bacillifera (secrezione sierosa) e la formazione della membrana secondaria a distanza dalla capsula; la seconda fase di secrezione (Gas), che manca in alcune specie, mentre in altre è abbondante; la terza fase di secrezione, vale a dire, la comparsa di una sostanza albuminoidea, che non polarizza e non cristallizza, sostanza che si trova prima nella capsula e poi al di fuori della stessa; la quarta fase di secrezione della capsula (vale a dire dei microbi contenuti in essa) nella quale si forma una sostanza prevalentemente albuminoidea, che poi cristallizza e la quale polarizza già prima di cristallizzare; che ogni specie di microbo produce un cristallo specifico.

Nella seconda conferenza si è occupato *del Bioplasma, la Morfogenesi e la vita dei cristalli*, ha fatto vedere: Che il cristallo cosidetto organico, il quale sorge dalla cristallizzazione di una sostanza albuminoidea, (4ª fase di secrezione della capsula bacillifera) è un tessuto in continua evoluzione morfogenetica; che si possono distinguere oltre 10 fasi caratteristiche in tale evoluzione di tessuto cristallino; che la morfogenesi del cristallo organico ha la sua analogia con quella di un tessuto vegetale o animale; che esiste la endogenesi, la gemmazione e la divisione del cristallo organico, come processi di evoluzione germinale nel medesimo; che esiste una lotta per l'esistenza tra i cristalli organici giovani, differente per intensità secondo la loro genealogia; che i cristalli organici sono soggetti ad una serie di processi patologici, dei quali alcuni hanno perfetta analogia nella patologia animale; che lo studio di 62 sali (cosidetti cristalli anorganici) ha messo in evidenza, che anch'essi nella loro gioventù sono un tessuto in evoluzione continua; che in conclusione il cristallo di qualsiasi specie nasce da un bioplasma; questo petroplasma o litoplasma, come lo chiama, è palese pure nei graniti; questo petroplasma assume nella sua evoluzione cristallina o la forma di fili a reti, o quella di petroblasti liberi (analoghi agli osteoblasti ed odontoblasti), oppure di petroblasti generati in cellule litogene (petrocellule) di varii tipi, simili a quelli di tessuti vegetali ed animali.

Nella 3ª conferenza ha dimostrato *l'organizzazione della materia* ed i rapporti *tra materia e forza:* a tale scopo ha messo in rilievo: La materia primitiva omogenea; la prima differenziazione nella medesima in protolitoplasma e paralitoplasma; la differenziazione del globo nella massa ancora omogenea ed amorfa sotto i più forti ingrandimenti, dei quali dispone la tecnica attuale ed una tecnica nuova nella nostra scienza; la endogenia nei detti globi; la locomozione ed emigrazione spontanea dei piccoli globi generati nel globo primitivo; la generazione spontanea, non essendo dimostrabile in tale processo, nè un germe circoscritto, nè una forma preesistente qualsiasi. La nostra scienza riconosce finora soltanto generazioni da germi visibili, circoscritti, determinati ed ereditarii (cellula coi suoi derivati: spora, uovo).

Riguardo poi a *forza e materia* ha fatto vedere delle imagini, le quali rivelano: Che esiste e si manifesta nel processo di cristallizzazione una forza, la quale sebbene legata alla materia, domina la materia, la ordina, la organizza, mentre la scienza attuale non riconosce altra forza, che quella, la quale emana dalla materia, ed è in dipendenza della stessa; quando questa forza superiore alla materia, che domina ed organizza la materia, non agisce liberamente, nascono le deformità dei cristalli.

Il numeroso e distinto uditorio accolse con immenso favore la brillante esposizione dei pazienti studii dell'illustre professore, dimostrando quanto apprezzi ed ammiri la finezza del suo ingegno e la squisita delicatezza dell'animo suo che l'ha indotto a comunicare prima agli studiosi di Napoli i risultati delle sue originali e geniali ricerche.

FORMULARIO

***Leistikow*. Contro il prurito dello scroto**

Sublimato . . . . gr. 0,25
Alcool
Acqua di camomilla } . . ana » 25
Cloroformio . . . . gocce V
Acqua di lauro ceraso q. b. per fare gr. 100.
Mischia. Per lavanda.

***Horwitz*. Contro l'uretrite blenorragica**

Bleu di metile . . . . centigr. 6-12
Olio di legno di sandalo
Oleo-resina di copaive } ana ctgr. 18
Olio di cinnamomo . . . . goccia I
per 1 una pillola e di tali n. 20. Da prenderne 3 al giorno.

Contro i condilomi

Calomelano . . . . gr. 30
Acido borico. . . . . » 15
Acido salicilico . . . . » 5
Mischia. S' impolverino i condilomi 2-3 volte al giorno.

NECROLOGIA

FRANCESCO VIZIOLI

Il 9 corrente è morto repentinamente a Napoli Francesco Vizioli, professore ordinario di neuropatologia ed elettroterapia in quella Università.

Dopo una vita tutta spesa per la scienza e per il paese è morto circondato dagli amici che ne ammiravano le belle qualità dell'animo e tutto uno stuolo di discepoli che da lui sono stati avviati nello stadio di una delle più ardue branche della medicina moderna. Le più cordiali manifestazioni d'affetto l'hanno accompagnato morto, lui che tanti cari sentimenti sapeva suscitare tra i giovani.

Insegnanti e studenti hanno manifestata la più viva commozione per la triste perdita, e di lui sinceramente il prof. Bianchi ha potuto dire: Francesco Vizioli come tutti gli uomini che diventano scenziati per organizzazione anzi che per occasione coltivò la medicina generica alla quale fin dal 1856 diede un contributo che pel tempo ebbe molto valore. Come fisiologo, rese assai noto il suo nome in Italia ed all' estero, e per alcune questioni ebbe polemiche vivissime, quale la discussione col Lussana e con lo Schiff su d'una questione che non si può oggi ritenere del tutto risoluta, sui nervi del gusto. Per molti anni egli fu l' elettroterapista ed il nevropatologo più noto e più autorevole d'Italia, e molti sono gli argomenti ai quali il suo nome resta legato, fra cui la paralisi pseudo-ipertrofica e la distinzione delle forme spastiche dalle forme atrofiche della paralisi infantile, da lui per primo intraveduta. Francesco Vizioli è morto sulla breccia, soldato valoroso della scienza e dell' insegnamento. Passando lascia esempio imitabile ai giovani cultori delle scienze biologiche; lo imitino oggi che si preferisce prender d'assalto, con poca fatica, come si usa in politica, l' Ateneo, unico baluardo rimasto della grandezza e dell'onore nazionale.

CONCORSI E CONDOTTE

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Candela (Foggia). Popolazione 6179. A tutto luglio è aperto il concorso al posto di medico-chirurgo ostetrico-necroscopo, con lo stipendio di lire 2500. Età non superiore ai 40 anni.

Monticello Alba. (Cuneo). Popolazione 2083. A tutto luglio aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica collo stipendio di L. 1200 compreso l'onorario come ufficiale sanitario.

Poliambulanza di Porta Tenaglia in Milano. — Concorso ai posti di Dirigenti le sezioni di odontoiatria, nevropatia e delle malattie chirurgiche genito-urinarie. Sono pregati coloro che volessero concorrere di voler inviare domande e titoli al Consiglio direttivo della Poliambulanza di Porta Tenaglia (Piazzale Mercato, 3).

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 35 anni di età.

Quistello. (Mantova). Condotta medico-chirurgica ostetrica per i soli poveri di S. Giacomo. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 20 luglio.

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SULLA NATURA DEI FENOMENI PUPILLARI E SUL LORO VALORE DIAGNOSTICO

Nello studio di questo argomento bisogna tener conto di tre punti principali: Le pupille sono normalmente ed egualmente ampie? Reagiscono esse in modo normale alla luce? Esiste rigidità assoluta delle medesime? È bene discutere separatamente questi tre punti, giacchè ognuno si riferisce ad una localizzazione anatomica speciale. Ed in primo luogo è necessario esporre quali sono le vie seguite dallo stimolo luminoso perchè si abbia la reazione delle pupille. È noto che la luce quando colpisce l'occhio ha due diversi effetti: da una parte l'individuo riceve l'impressione della luce e dall'altra ha luogo un restringimento della pupilla in entrambi gli occhi. Il primo effetto, cioè la sensazione luminosa, è dovuto alla stimolazione del centro visivo nella corteccia; il secondo alla funzione di determinati gangli nel cervello medio. In entrambi i casi lo stimolo che la luce esercita su determinate sostanze o gruppi cellulari dell'occhio deve essere condotto ai rispettivi centri. L'unico organo che qui entra in considerazione è la retina e le fibre centripete del nervo ottico, che ne emanano. Qui nasce la quistione se queste fibre abbiano doppia funzione, ossia la conduzione dello stimolo luminoso alla corteccia cerebrale e la conduzione ai gangli della base che presiedono al restringimento delle pupille. Prima a tale quistione fu risposto affermativamente. v. Gudden fu il primo a dimostrare sperimentalmente fibre speciali per il riflesso luminoso nel nervo ottico, ed anche anatomicamente in questo nervo egli distinse due ordini di fibre, sottili e grosse. Queste sono le fibre destinate al riflesso pupillare, quelle sono propriamente le fibre visive.

Con v. Gudden si accordarono Bechterew, Key e Retzius, Darkschewitsch, v. Michel, O. Schirmer ed altri. La distinzione fatta da questi autori nelle fibre del nervo ottico è appoggiata dall'osservazione, che nei processi atrofici ed infiammatori dell'ottico e della retina, la funzione visiva spesso non è disturbata in egual grado dalla funzione del riflesso pupillare; esistono ad es. affezioni del nervo ottico, in cui la forza visiva è notevolmente indebolita, mentre il riflesso pupillare è normale. Si ritiene inoltre oggidì che le fibre destinate al riflesso pupillare prendono origine dagli strati interni della retina, da speciali cellule gangliari (O. Schirmer). Le fibre medesime decorrenti insieme con le visive nel nervo ottico, si incrociano nel chiasma parzialmente e proseguono in entrambe le bandellette, nelle quali perciò decorrono per un certo tratto mischiate insieme le due specie di fibre: poi in vicinanza del talamo comincia la separazione: le fibre visive si portano più all'esterno costituendo un fascio a se, che si porta in massima parte al corpo genicolato esterno. Da qui i nervi ottici vanno attorno al corpo striato e costituiscono l'irradiazione ottica, che termina alle circonvoluzioni della faccia interna del lobo occipitale, nei pressi della scissura calcarina. Invece le fibre destinate al riflesso pupillare si raccolgono in un fascio che si porta nel corpo quadrigemino anteriore di entrambi i lati. Così il corpo quadrigemino anteriore di ogni lato contiene fibre pupillari sensitive di entrambi gli occhi decorrenti in senso centripeto, ed il nucleo rispettivo è quindi in rapporto, mercè un sistema di fibre, col nucleo dello sfintere nel campo dell'oculomotorio. I nuclei dell'accomodazione e dello sfintere sono, come è noto, i nuclei anteriori della zona nucleare dell'oculomotore e si trovano nel pavimento del 4° ventricolo in vicinanza dell'acquedotto di Silvio. È ancora controverso se le fibre si portino dal nucleo del corpo quadrigemino anteriore a quello dello sfintere immediatamente o per mezzo di un centro riflesso intermedio. Quest'ultima ipotesi è più probabile. Le fibre del riflesso pupillare trasmettono lo stimolo luminoso in senso centripeto; nel centro riflesso poi lo stimolo viene trasformato in un impulso di movimento, che si comunica al nucleo dello sfintere. La stimolazione di questo nucleo produce un'eccitazione della via motrice discendente dello sfintere, la quale decorre nel tronco dell'oculomotore, e per l'intromissione del ganglio ciliare dà luogo a contrazione dello sfintere ed al restringimento della pupilla. L'ipotesi assai probabile per molte ragioni, che al pari delle fibre visive, quelle del riflesso pupillare si incrocino parzialmente, spiega come lo stimolo luminoso portato su di un solo occhio vien trasmesso ad entrambi i nuclei dello sfintere, e quindi tutte e due le pupille si restringono. Si chiama diretta la reazione che si verifica nell'occhio su cui agisce lo stimolo, consensuale quella dell'altro occhio.

Resta a discutere una forma di riflesso pu-

pillare, a cui alcuni autori dànno un' importanza diagnostica speciale, mentre altri ne negano l' esistenza o la ritengono un fenomeno incerto, la cosiddetta reazione pupillare emiopica, la cui esistenza è stata stabilita teoreticamente nel seguente modo. Nel tratto ottico si separano le fibre visive dalle fibre del riflesso pupillare, e mentre queste hanno il loro centro riflesso nel cervello medio, il centro delle prime è nel lobo occipitale. È dimostrato che il riflesso pupillare rimane conservato quando la via ottica delle fibre visive viene interrotta in qualsiasi punto intermedio tra il cervello medio ed il lobo occipitale. Se cioè esiste un focolaio tra il talamo e la corteccia occipitale, la conduzione ottica è interrotta, esiste emianopsia laterale omonima, ma nessun disordine della reazione pupillare. Diversamente va la cosa, se il focolaio si trova nella bandelletta ottica (ossia tra chiasma e talamo), in questo caso insieme alle fibre visive sono interrotte nel loro tragitto anche le fibre riflesse. Nella metà rispettiva della retina manca perciò la funzione visiva, e manca pure il riflesso delle pupille alla luce. Se si fa perciò cadere un fascio luminoso sulla metà del retina corrispondente alla bandelletta lesa, nella pupilla dello stesso lato non v' ha restringimento, ma se si dirigono i raggi luminosi sulla metà della retina innervata dalla bandelletta sana, si manifesta il riflesso in entrambe le pupille.

Da questo fenomeno si son voluti trarre criteri per stabilire la diagnosi di sede del focolaio morboso, ma il Liebrecht (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 25-26, 1899) sostiene che il valore clinico che si è voluto attribuire alla reazione emiopica della pupilla è fondato su basi molto deboli. Già molti autori negano per ragioni fisiche la possibilità di questo sintomo; altri non hanno potuto convincersi della sua esistenza nella loro pratica clinica. Liebrecht riferisce l'osservazione di un infermo con emianopsia temporale, quasi perpendicolarmente limitata nella linea mediana, per gomme della base del cranio. Ripetutamente esaminato l' infermo, non si ebbero segni di reazione emiopica, malgrado si trattasse indubbiamente di un'affezione periferica.

A spiegare le modificazioni che si osservano nell'ampiezza delle pupille, ammettiamo due centri e due vie di conduzione che ne partono, destinate rispettivamente alla dilatazione ed al restringimento. Il centro, la cui stimolazione dà luogo a restringimento e la paralisi a dilatazione della pupilla, si chiama centro di contrazione. Questo è il nucleo dello sfintere pupillare; le sue fibre motrici centrifughe decorrono nell'oculomotore, e nel loro decorso sta intercalato il ganglio ciliare, per il cui intermezzo arrivano all' occhio tutte le altre vie nervose pupillari. La distruzione del nucleo dello sfintere importa dunque dilatazione della pupilla e nello stesso tempo la sua assoluta rigidità, poichè la via motrice del riflesso luminoso e quella del restringimento alla convergenza ed all' accomodazione prendono inizio dallo stesso nucleo. La stimolazione esercitata sul nucleo o sulle vie che ne partono dà luogo a restringimento della pupilla.

L'altro centro è il centro della dilatazione con la via rispettiva; la sua paralisi determina restringimento, la stimolazione dilatazione della pupilla. I fisiologi hanno, a preferenza dei clinici, studiato l'innervazione dilatatrice delle pupille. Secondo questi studi, dobbiamo ammettere due centri dilatatori in connessione fra di loro: uno nella corteccia cerebrale e l'altro all'estremità inferiore del midollo cervicale tra 6° paio cervicale e 2° dorsale.

Le fibre che partono da quest'ultimo centro lasciano il midollo spinale con le radici anteriori e per mezzo dei rami comunicanti passano nel simpatico, dove decorrono attraverso il ganglio cervicale inferiore e superiore, si ramificano nel plesso nervoso che sta attorno alla carotide ed al ganglio del Gasser nella base del cranio, per la fessura orbitaria penetrano nell'orbita, si immettono nel ganglio ciliare, donde per mezzo dei nervi ciliari brevi vanno al dilatatore della pupilla. L'altro centro sta nella corteccia del lobo occipitale ed è in connessione col centro cilio-spinale. Ogni stimolo che arriva al centro corticale vien dunque trasmesso al centro inferiore, donde per la via sopra descritta perviene all'occhio. Oltre a questa via pare però che esistano fibre dirette dalla corteccia al dilatatore della pupilla. Infatti anche dopo l'incisione del midollo cervicale, si può compiere, sebbene molto debolmente, la dilatazione della pupilla. I centri dilatatori delle pupille vengono messi in attività, secondo le opinioni concordi degli sperimentatori, da ogni stimolazione esercitata su di un nervo periferico sensitivo e da ogni modificazione brusca della psiche. Queste stimolazioni sensitive psichiche non sono propagate direttamente al centro cilio-spinale, ma in gran parte decorrono nelle vie sensitive del cervello fino alla corteccia, dove sono trasformate in un impulso motorio, il quale è trasmesso in parte direttamente all'occhio, in parte discende lungo le vie motrici del cervello fin nel midollo e nel centro cilio-spinale, che viene perciò stimolato in via secondaria.

Da ciò che è stato detto si rileva che la dilatazione della pupilla può aver luogo o per stimolazione del sistema di fibre dilatatrici o per paralisi del sistema antagonista, e rispettivamente il restringimento può essere dovuto o a stimolazione delle fibre costrittrici od a paralisi delle dilatatrici. Per distinguere l' un caso dall'altro, bisogna tener conto dei sintomi comcomitanti. La paralisi dello sfintere dà luogo ad una mediocre ampiezza della pupilla; una pupilla ristretta per paralisi del dilatatore conserva sempre la sua reazione; nella paralisi del simpatico, oltre alla miosi, esiste ptosi della

palpebra superiore. Poi abbiamo nella cocaina un mezzo diagnostico eccellente: la cocaina agisce stimolando solo il dilatatore della pupilla, ma non lo sfintere. Nella paralisi del simpatico, anche dopo l'istillazione di cocaina la pupilla resta stretta come prima, mentre l'atropina produce subito dilatazione per paralisi dello sfintere. Cocainizzando fortemente un occhio la cui pupilla è miotica per paralisi del simpatico, la pupilla si dilata, ma in modo incompleto ed irregolare.

A spiegare poi il fenomeno dell'hippus, vale a dire il continuo e spiccato restringersi e dilatarsi della pupilla, si è invocata l'azione del cuore, del respiro, il continuo cambiamento di incidenza della luce sull'occhio ecc. Liebrecht ammette invece come base del fenomeno dell'hippus l'anormale sensibilità del centro dilatatore agli stimoli sensitivi e psichici. L'oculomotore e lo sfintere non hanno perciò nulla che vedere coll'hippus.

Esiste infine un altro centro ed un'altra via, destinati al restringimento delle pupille alla convergenza. Essendo questo movimento volontario il centro di questa sta nella corteccia del cervello, e la via che ne parte sta in connessione col nucleo dello sfintere, in modo che ad ogni movimento di convergenza, si ha stimolazione dello sfintere e quindi miosi. Quindi il restringimento della pupilla alla convergenza non è un riflesso ma un semplice movimento associato.

Il valore diagnostico dei sintomi pupillari è stato saldamente stabilito da numerose ed esatte osservazioni. Il massimo interesse è stato rivolto alla rigidità riflessa ed alla rigidità assoluta delle pupille. La rigidità delle pupille alla luce, restando conservata la reazione alla convergenza, è uno dei sintomi costanti della tabe. D'ordinario la mancanza del riflesso alla luce è bilaterale; non di rado è unilaterale. Nei casi in cui esiste rigidità delle pupille alla luce è frequente osservare una differenza nell'ampiezza delle medesime, la quale deve essere attribuita non ad un'affezione dello sfintere ma a disordini, a fenomeni di stimolazione nel sistema delle fibre dilatatrici pupillari, nel simpatico o nei nervi sensitivi periferici.

Nella tabe si osserva pure in casi rari rigidità completa delle pupille, e molto più di rado ancora paralisi dello sfintere associata a paralisi dell'accomodazione (oftalmoplegia interna). Quest'ultimo sintomo è invece più frequente nella sifilide cerebrale.

Ciò che si è detto per la tabe vale per la paralisi progressiva. Qui in generale manca la miosi, esiste disuguaglianza delle pupille ed irregolarità delle medesime. La rigidità riflessa delle pupille è stata poi osservata nella demenza senile, nell'alcoolismo, nei traumi del capo, nell'epilessia, nella sclerosi a piastre, nell'isterismo. Raramente si è riscontrata nei tumori del cervello e negli ascessi. Molto più frequenti sono i disordini delle pupille nella meningite, che in principio sono ristrette, poi disuguali. Nelle psicosi pure Moeli, Thomsen, Siemerling hanno trovato in singoli casi rigidità delle pupille.

Nei tumori del collo, della faringe, nelle infiammazioni distruttive dei corpi vertebrali, nei tumori del midollo spinale, si hanno i sintomi di paralisi del simpatico. E poichè il simpatico innerva anche il muscolo di Müller, che si inserisce alla cartilagine della palpebra superiore ed insieme all'elevatore solleva la palpebra stessa, oltre a restringimento della pupilla si ha in tali casi restringimento della rima palpebrale.

La stimolazione del simpatico non dà sintomi così manifesti come la paralisi; invece di avere la retrazione della palpebra superiore insieme a dilatazione della pupilla, si ha o l'uno o l'altro fenomeno. Nel morbo di Basedow esiste stimolazione delle fibre che vanno al muscolo di Müller, mentre i dilatatori delle pupille restano integri.

In alcune malattie infettive esiste qualche volta paralisi dei muscoli oculari, fra cui anche dello sfintere. Il processo anatomico che sta a base della paralisi non è sufficientemente sicuro, giacchè il reperto è stato diverso nei singoli casi. Pare probabile che queste paralisi dipendano dall'azione delle tossine, che spesso hanno predilezione per determinati sistemi di fibre.

Nell'avvelenamento per cloroformio le pupille sono normali nello stadio di eccitazione, sono ristrette durante il sonno tranquillo, si dilatano quando minaccia pericolo. Nell'avvelenamento acuto per alcool le pupille sono strette, e la loro reazione è conservata; sono pure strette nell'avvelenamento cronico, ma in questo caso è modificata la reazione, che diviene lenta. Nel tabagismo acuto si è osservato in qualche caso pupille ampie e rigide, nella forma cronica strette e torte. L'atropina, l'ioscina, la cocaina ecc. agiscono dilatando le pupille, l'oppio ed i suoi alcaloidi restringendole.

Le malattie degli organi del torace e del ventre e le malattie costituzionali non modificano per se stesse il modo di comportarsi delle pupille.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli
diretto dal prof. CACCIOPPOLI

TREDICI LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME

Contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore

Dottor Enrico d'Ursi

(*Cont. V. num. prec.*)

Sutura del tubo digerente.

In ogni epoca nel fare la sutura intestinale si è pensato di renderla esatta mercè l'ap-

poggio di un corpo estraneo introdotto nei due estremi del viscere ferito. Il primo metodo di sutura a punti staccati coadiuvato da un tubo solido era praticato dai quattro maestri, di cui ha conservato il nome. Adottato da Teodorico e Ruggiero, biasimato da Guglielmo da Saliceto e Guido di Chauliac, questo processo fu nel principio dell'ultimo secolo rimesso in vigore da Duvergier. Varie sostanze s'introducono nel cavo intestinale: una carta da giuoco rotolata e spalmata di trementina, una cannola di sambuco, una trachea di animale, un cilindro di sego etc.

Spalmato d'una vernice oleosa questa specie di turacciolo, si passava attraverso la sua parte mediana tre o quattro anse di filo o di seta, distanti alcune linee l'una dall'altra, avendo ciascuna all'estremo un ago, e destinate a formare altrettanti punti di sutura.

Introdotto il cilindro nei due estremi intestinali, i capi di ogni filo si passano successivamente da dentro in fuori a due o tre linee dalla ferita attraverso l'estremo corrispondente dell'intestino. Dopo averli annodati e tagliati rasente il nodo, si riponeva il tutto nell'addome.

Questo processo subì delle modifiche circa il numero dei fili per opera di Duvergier, che fissava il budello sul corpo estraneo con due fili e Roth con un solo, e di Chopart e Desault i quali col loro processo evitarono che il filo formasse una specie di traverso nell' interno del tubo di carta.

· Con queste suture si cercava la giusta posizione degli orli dei monconi intestinali, perchè venissero a contatto i tessuti della stessa natura, le fibre muscolari con le fibre muscolari, la mucosa con la mucosa etc. e così restassero cicatrizzati.

Nèlaton dichiarò complicati ed incerti i processi della giusta posizione, perchè la sottigliezza delle pareti gastroenteriche ed il rovesciamento della mucosa costituiscono altrettanti ostacoli. Si fece quindi partigiano delle suture, che mettono a contatto il peritoneo viscerale, per il quale da osservazioni anatomiche risulta rapidissimo il processo di guarigione.

In seguito dalle osservazioni di Nèlaton al metodo della *giusta posizione* Dènaus e Baudens proposero i loro processi rapidi di entero-anastomosi fondati sul principio dell' addossamento delle sierose. Il processo di Dènaus, chirurgo di Marsiglia si pratica con tre ghiere metalliche, che formano tutto l' apparecchio strumentale. Egli pone una ghiera in ogni estremo dell'intestino, che rovescia in dentro. La terza meno voluminosa è introdotta prima nella ghiera superiore, poi nella inferiore: un'ansa di filo le abbraccia tutte e tre e le fissa su due punti dell'intestino, si tagliano i fili presso il nodo, ed il tutto si ripone nel ventre. Tutta la parte dell' intestino premuta tra le ghiere non tarda a sfacelarsi, i bordi dell'intestino a contatto aderiscono, e le ghiere e le porzioni intestinali eliminate son rese con le fecce. Più tardi Dènaus ha abbandonato l'uso del filo; le ghiere si trovano mantenute da una molla.

Il Nèlaton ritenne che le tre ghiere così riunite avrebbero trovate difficoltà a passare nel canale digestivo.

Baudens sostituì al processo Dènaus il suo, riducendo l'apparecchio ad una sola ghiera ed a un anello di gomma elastico. La ghiera è concava sul dorso, e presenta un solco destinato a contenere l'anello elastico. L'apparecchio va così applicato : L'anello elastico s'introduce a tre linee di profondità nello estremo superiore, di cui si rovesciano immediatamente le labbra in dentro, per modo che quest' anello sia posto nell'angolo risultante da una tal ripiegatura. S'introduce la ghiera nell' estremo inferiore a due linee di profondità. Si fa avanzare l'anello sulla ghiera, che gli serve di sostegno, a la cui incisura impedirà che sfugga; si riducono le parti e la guarigione avviene per il medesimo meccanismo che per il processo Dènaus.

Il processo Baudens non fu mai applicato sull'uomo, riuscirono però le esperienze fatte sugli animali. In questi due processi di entero-anastomosi sia coll'apparecchio perfezionato di Dènaus sia coll'unica ghiera di Baudens non si parla affatto di sutura di sicurezza, il che dimostra la validità d'azione dei due cennati apparecchi a stabilire la continuità del lume intestinale in seguito a perfetto addossamento di una tunica sierosa all'altra.

In seguito furono escogitati altri metodi per avere una rapida anastomosi intestinale a mezzo di bottoni metallici di Murphy, Duplay, Chaput, le piastrine del Seun, i tubi di ossa decalcificate di Neuber, i tubi di pasta di Alessandri etc.

Nel 1894 Murphy portò al congresso Medico internazionale di Roma il suo bottone ed una statistica di 100 e più casi, alcuni spe-

rimentali ed altri clinici, tutti operati di resezione e guariti da due anni.

All' Accademia di Medicina di Nuova-York presenta una serie d'esperimenti sulla resistenza del tubo digerente nei suoi diversi tratti e di osservazioni sull'attività riparativa della tunica sierosa peritoneale. Egli dimostra come nel cane vivente le pareti del tubo gastroenterico resistono ad una pressione che oscilla tra le sette ed undici libbre, laddove nel cadavere di quattro giorni le pareti del tubo gastro-enterico si lacerano ad una pressione, che varia da libre 2 3|4 a libre 7 1|2.

Dagli stessi esperimenti risulta come la prima tunica a lacerarsi è la mucosa, la penultima è la sierosa, e l'ultima è la sottomucosa perchè solo questa sostiene la pressione quando tutte le altre sono di già lacerate.

Per mantenere adunque la forza dell' intestino è necessaria una buona unione delle tuniche sierosa e sottomucosa. Quest'ultima non è che un semplice sostegno meccanico, perchè ristabilita la sua continuità i margini della mucosa si coattano perfettamente. Egli riportando le osservazioni istologiche di Ludurz-Hektoen sostiene che il suo apparecchio risponde alle due sopradette condizioni per aversi una buona entero-anastomosi.

Infatti pare, da quanto si riferisce, che mediante il bottone di Murphy si abbia una apposizione perfetta delle varie tuniche con scarsa produzione di tessuto di cicatrice, che sostituisce lo strato muscolare circolare lungo una linea d'unione, e bandelette fibrose e delle masse connettivali si distribuiscono fra gli strati muscolari diversi. La mucosa è assottigliata, mancano i villi e la sua tunica muscolare lungo la linea d'unione.

Questa scarsezza di produzione di tessuto connettivo, che difficilmente con la sua retrazione produce fenomeni di stenosi devesi all'esatta funzione del bottone, il quale sterilizzato ed applicato *lege artis* permette un rapido saldamento delle tuniche sierose non più tardi delle sei ore.

Un largo contributo di successi viene apportato al bottone di Murphy. Così Iordow avendolo applicato sul budello ad eccezione del crasso ebbe il 100 per 100 di successi in più di un centinaio di operazioni. L' eliminazione del bottone accade ordinariamente fra 7-8 giorni ed in altri non più tardi del ventesimo giorno. Vi furono splendidi risultati in casi di gastroenterostomia da neoplasmi, perchè applicato il detto bottone s'ebbe il 12,2 0|0 di morte laddove con gli altri processi di gastroenteroanastomosi s'ebbe perfino l'87,5 0|0.

Il bottone di Murphy non andò esente da critica ed ispecial modo fu criticato da Chaput che citò 28 casi di perforazione applicando il bottone di Murphy facendosi partigiano delle suture. Senonchè nel dicembre 1885 presenta Chaput alla Società di Chirurgia di Parigi il suo bottone anastomotico per le operazioni sull'intestino. Esso ha la forma di un anello ellittico, il cui centro è occupato da un orifizio allungato; presenta una gronda circolare larga un centimetro e profonda otto millimetri. Le labbra della gronda presentano da ogni lato tre incisure, che limitano tre lamine sottili da poter essere scostate o avvicinate con la pressione delle dita.

L' applicazione del bottone di Chaput richiede: 1. Incisione longitudinale di pochi millimetri di due monconi del budello ed introduzione in essi del bottone fino alla gronda. 2. Ripiegamento interno dei margini dei due monconi intestinali e sutura a sopragetto di ciascuno di essi allo scopo di fissarli nella gronda del bottone. 3. Ravvicinamento delle labbra della gronda mercè la vite.

Il bottone di Chaput è di una grande malleabilità essendo di stagno puro. Le labbra della gronda ravvicinate dal chirurgo vanno ad impuntarsi contro i margini intestinali ripiegati da produrre la stessa azione di una sutura interna. In tre casi di applicazione Chaput dice che per uno il bottone non si era emesso dopo tre mesi. Bisogna convenire che la pressione delle labbra della gronda contro la porzione ripiegata dei monconi intestinali non è sempre tale da necrotizzarla per la natura stessa del metallo ed allora il bottone resta in sito con gravi pericoli dell' infermo; esso sarebbe tenuto in posto dai margini intestinali ripiegati e cicatrizzati.

La riuscita di un tal mezzo di anastomosi intestinale devesi più che al ravvicinamento delle labbra della gronda alla moltiplicità delle suture, che si eseguono dall'autore.

I due bottoni di Murphy e Chaput sono una riproduzione presso che simile di quelli di Dènaus e Baundens; Murphy ha avuto il merito di richiamare per il primo a vita novella un apparecchio di facile applica-

zione e di migliorarlo rendendolo convesso in modo che è scorrevole sulle pareti del tubo digerente con le contrazioni della peristalsi intestinale; l'apparecchio di Chaput complica quello di Dènaus perchè le lamine delle labbra della gronda nel ravvicinamento possono lasciare uno spazio tra di esse, ove penetrano bottoni di granulazioni, che finiscono col fissare l'apparecchio nel budello. Il ravvicinamento di dette lamine non può essere esatto perchè accade alla cieca, attraverso le pareti intestinali; l'apparecchio varrebbe la pena di renderlo esatto qualora potesse superare quello di Murphy.

Il coadiutore della Clinica chirurgica di Roma R. Alessandri ha introdotto in pratica i cilindri cavi di pasta, di calibro differente secondo i tratti d'intestino da suturare e lunghi dai 7 ai 10 centimetri, che riescono di sostegno e spiegamento sulle superficie circolari da suturare, permettendo così una sutura rapida, ad un sol piano e a sopragetto senza restringimento dei capi a borsa di tabacco. I tubi di pasta si assorbono o si eliminano, nè arrecano infezione essendo fatti di farina impastata con una soluzione di acido fenico.

Al metodo delle suture detto *metodo dell'addossamento delle sierose* appartiene il processo di Lembert e Lembert-Apolito; al metodo detto *della giusta posizione degli orli* risponde il processo di Lembert-Czerny.

Lembert flette presso a poco ad angolo retto il bordo di ogni estremo intestinale, e li tiene così in contatto per alcuni punti di sutura semplice, i cui capi si son condotti obliquamente attraverso la spessezza delle pareti, per modo da non perforare la mucosa. I due estremi dell'intestino diviso si avvicinano tirando sui fili.

L'inflessione di ogni labbro della ferita non oltrepassa l'angolo retto, e costituita da una valvula formata dalle porzioni introflesse del budello, l'adesione si fa per le esterne superficie dei due estremi addossati.

Murphy osserva che con questa sutura si ha una certa separazione, i margini non vengono in intima apposizione, l'unione della muscolare e mucosa può avvenire solo per seconda intenzione, per cui i tessuti sono esposti a tutti i pericoli di una infezione.

A questa sutura Murphy preferisce quella di Lembert-Czerny (sutura della sierosa e sottomucosa separate), la quale dà una coattazione completa ed uniforme del margine della mucosa, senza che sia necessaria altra sutura per proteggere e ravvicinare i sottostanti tessuti. Alla sutura della sottomucosa Murphy attribuisce un valore indiscutibile per l'esatto ravvicinamento dei bordi della mucosa. Infatti la sottomucosa si potrebbe paragonare al connettivo sottocutaneo nella sutura a strati di una ferita, perchè se in una ferita profonda all'aponevrosi non si sutura che solo la cute coll'andare del tempo si ha uno slabbramento della cicatrice cutanea laddove suturando anche la fascia superficialis e il connettivo adiposo la cicatrice resta definitivamente lineare. Questo slabbramento è dovuto ad elasticità del connettivo sottocutaneo, ed egualmente l'elasticità della sottomucosa facendo quest'ultima retrarre, determina l'ectropion della mucosa, onde guarigione per seconda intenzione. Mi pare che Murphy ritenga che, nella sutura alla Lembert la sottomucosa non sia compresa o non completamente compresa perchè il chirurgo nell'approfondire l'ago dalla sierosa non è sicuro di comprendere anche la sottomucosa.

La riuscita di certi processi operativi è riposta nel lungo e paziente esercizio. Bier da settanta esperimenti su di animali ha attinto il convincimento che non vi è sutura più semplice e più attendibile di quella alla Lembert sicchè è addivenuto allo stesso risultato cui erano giunti nel 1882 Hann e Bergmann.

Trendelenburg ritiene la sutura alla Lembert la più semplice e la migliore; in clinica ha ottenuto quindici successi su quindici applicazioni sicchè essa non merita l'epiteto *d'insicura* che alcuni chirurgi arbitrariamente le hanno voluto attribuire. Questa sutura fatta di punti staccati che si approfondano sino alla mucosa senza comprenderla, tiene grande analogia con quella di Apolito, la quale ne differisce sol perchè è continua e fatta di una serie di anse di filo disposte alternativamente su i due monconi intestinali. Fu per questo che la sutura di Apolito fu chiamata Lembert-Apolito e da altri semplicemente Lembert continua. Questa sutura si può fare benissimo sia nelle ferite incomplete ma estese del budello, come nelle resezioni totali dello stesso.

Il valore di detta sutura ebbi opportunità di vagliare in taluni casi seguiti da decesso. Così in una donna da me operata d'erniotomia all'ospedale degli Incurabili per entero-epiplocele crurale strozzato, congiunti i monconi del-

l'intestino alla Lembert-Apolito, ed essendo finita l'inferma dopo circa 48 ore per ernia otturatrice interna neppure supposta, potei col Prof. De Ritis constatare l'avvenuta riunione nel sito della sutura. L'ansa intestinale era perfettamente normale e faceva un vivo contrasto con la peritonite diffusa a tutto il resto del pacchetto gastroenterico.

Lo stesso si verificò pure in un caso operato di laparotomia in secondo tempo dal professore Gangitani e da me.

Non è molto che in un caso di grave ferita d'arma da fuoco dell'addome, capitato all'ospedale di Loreto, il collega Virdia da me coadiuvato operò diverse resezioni e suture alla Lembert-Czerny e Lembert-Apolito. Morto l'infermo per anemia acuta ci venne assicurato che il saldamento delle ferite del budello era perfetto.

La sutura di Lembert adunque oltre che assicura e garentisce il peritoneo da ogni possibile infezione del tubo gastro-enterico dà splendidi risultati di riunione anche a peritoneo infetto e per questo adunque il bottone di Murphy non la può surrogare.

Non mi occupo di altre suture del tubo digerente perchè quelle da me già discusse offrono dei vantaggi, che ognuno ha potuto sperimentare. Voglio come altri ricordare alcuni particolari, che occorre tener presenti nella chiusura di una ferita del tubo digerente.

Burci propose e presentò alla Società Italiana di Chirurgia nella tornata dell'ottobre 1895 un suo apparecchio detto *emoenterostato*, che servirebbe a chiudere il lume intestinale fra due lacci elastici tesi durante la resezione e sutura del viscere. Il suo apparecchio non arrecherebbe nessun danno alle tuniche intestinali come succede per gli enterostati rigidi rivestiti di gomma o perfino con la legatura elastica, la cui costrizione non è graduabile. D'Antona e Postempski sono d' avviso che, l'entero-emostasi si esercita bene con le dita degli assistenti, che sono superiori a qualunque istrumento.

La pratica che uso per evitare il versamento intraperitoneale del contenuto gastroenterico e l' emorragia varia a secondo la sede e l'estensione della scontinuità. Così nelle ferite dello stomaco aggredisco con indice e pollice la lesione verso uno dei suoi angoli, distendo e sollevo la parete del viscere formando una plica in corrispondenza della ferita nel tempo stesso che eseguo la sutura continua.

Dopo stringo le anse di sutura per trazione tra l'estremo libero del filo, la plica della parete gastrica passa affidata al medio ed anulare mentre che il pollice e l'indice della mano sinistra determinano contemporaneamente la introflessione marginale della ferita.

Se poi la lesione gastrica è molto estesa e la pressione dei cibi ingeriti non permette la sutura senza versamento nel cavo peritoneale stringo i margini della ferita tra le branche di un klemmer al di sopra del quale dispongo le anse della sutura alla Lembert-Apolito che stringo e ravvicino ad ogni due centimetri ritirando per un eguale tratto il klemmer. La parte contusa viene per l'azione stessa della sutura introflessa, rare volte c'è bisogno dell'aiuto delle dita per la introflessione.

Riparo alla prima riunendo rapidamente i margini mesenterici con sutura a catenella od intercisa, la quale è superiore a quella a sopragetto perchè le anse di sutura si stringono come se fossero singolarmente annodate, nè accartoccia il mesentere come il collaretto di una borsa da tabacco.

Evito il versamento fecale perchè suturo il viscere fuori del cavo addominale la cui ferita si mantiene zaffata fino alla irrigazione del tratto intestinale suturato.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE BELLEVUE DI NEW-YORK.

Prof. W. Gilman Thompson

Paralisi atassica subacuta e sclerosi combinata, una forma di malattia spinale associata con anemia letale e tossiemia.

Dr. Charles L. Dana.

Havvi una forma morbosa non ben conosciuta dai clinici ma abbastanza comune ed importante per meritare la loro attenzione. I suoi sintomi clinici sono stati studiati solo negli ultimi anni, per lo più da osservatori americani e prima da Putnam di Boston. Dana ha precedentemente riferito due casi di questa malattia con autopsia, avendo avuto recentemente occasione di osservarne un altro caso con autopsia ed avendone visto altri sei casi, presenta ora i risultati di quest'ultime osservazioni.

Questi casi hanno le parvenze generali dell' atassia con paralisi sviluppantesi piuttosto rapidamente, combinata con parestesia dell' estremità e più tardi, con dolore, hanno un decorso relativamente rapido da 6 mesi a 2 anni. Essi sono spesso

associati ora con un'anemia perniciosa tipica, ora con un'anemia secondaria di grave natura (anemia letale); ma non è questo sempre il caso. Somigliano ad alcuni casi di nevrite multipla leggiera, come si vedono nel diabete e nell'intossicazione arsenicale cronica. Qualche volta ricordano le forme acute della cosidetta paraplegia atassica di Gowers.

Il caso osservato ultimamente da Dana concerne un pittore tedesco di 47 anni. Il padre era morto di pulmonite, nulla si sa della madre, tre fratelli ed una sorella stanno bene, tre fratelli morirono in età giovanissima per convulsioni. Il paziente soffrì le malattie ordinarie dell'infanzia, da questa epoca non era stato affatto ammalato, però aveva subito diversi traumi: una volta si ruppe una gamba, un'altra volta tre coste, un'altra volta si schiacciò una mano.

Nell'anamnesi non havvi nulla di sifilide o d'alcoolismo; però era un bevitore moderato di birra. La sua malattia attuale cominciò circa un mese fa; a quest' epoca avvertì senso di torpore alle gambe ed in grado minore alle dita. Con questo senso d'intorpidimento avvertiva qualche volta dolori di carattere folgorante. Venne curato per reumatismo. Malgrado il torpore ed i dolori occasionali continuò a lavorare per 8 mesi; ma nell'ultimo periodo di questo tempo s'accorse che non poteva controllare l'azione delle sue gambe, ove di quando in quando avvertiva dei crampi. In questo tempo soffrì di disturbi oculari di carattere sconosciuto. Persisteva il controllo sulla vescica e sugl' intestini. Circa due mesi prima dell'ammissione all'ospedale l'atassia e la debolezza alle gambe erano così pronunziate ch' egli non poteva camminare a lungo e dovette abbandonare il lavoro. Le sue mani erano deboli, atoniche ed intorpidite. In quest'ultimo periodo ebbe lievi disturbi intestinali. All' esame clinico nell'ospedale si constatarono i seguenti fatti: emaciazione, non anemia, temperatura normale, polso 105, respiro lento e profondo, nessuna lesione o disturbo importante al cuore, ai polmoni, ai reni. La sua mente non era chiara in ogni tempo, si confondeva facilmente, la sua memoria era inerte ed aveva occasionalmente illusioni ed allucinazioni visive e uditive. L' esame della motilità e del sistema muscolare mostrò paraplegia quasi completa. Le braccia non erano paralitiche, ma molto deboli, però si potevano eseguire dei movimenti colle dita, colle mani e colle braccia in tutte le direzioni; ma v'era atassia pronunziata e tremore. Le braccia e le gambe si presentavano notevolmente dimagrate s'osservavano contrazioni fibrillari nei muscoli delle gambe e delle coscie. Il fenomeno del ginocchio e quello del tendine d'Achille erano assenti entrambi, presente il riflesso plantare, assenti il riflesso cremasterico ed addominale. Non vi era paralisi facciale, non compartecipazione d'altri nervi cranici. Le pupille reagivano alla luce ed all'accomodazione e la motilità del globo oculare era normale.

All'esame della sensibilità si notava un certo grado di anestesia tattile e dolorifica ad entrambe l'estremità superiori ed inferiori. Essa non era completa ed era più pronunziata alle gambe che alle braccia. La pressione sui muscoli delle gambe riusciva un po' dolorosa. L' analgesia era più pronunziata dell'anestesia termica o tattile. Il disturbo sensoriale maggiore era però quello dell'astasia, che si esplicava coll' impossibilità a conoscere la posizione degli arti, a tracciar un punto determinato ad occhi chiusi ovvero a portare le dita al naso. L'esame dell' anestesia non fu così perfetto come sarebbe stato a desiderare, il che era dovuto al disturbo delle facoltà mentali del paziente. Non vi era disturbo della visione, il controllo sulla vescica e sullo sfintere rettale era di molto diminuito.

Nell'ospedale si notò un aumento di tutti i disturbi. La paraplegia divenne più spiccata e s'associò con contrazioni fibrillari ed aumento dell'irritabilità muscolare dimostrato dalla facile produzione di tumori mioidi.

Le pupille si rimpicciolirono e reagivano lentamente, le condizioni mentali peggiorarono, s'ebbe delirio con allucinazioni uditive e visive, ed il paziente venne a morte per esaurimenti più di un anno dopo l'inizio della malattia. Negli ultimi giorni di questa, s' ebbe una temperatura oscillante fra 37°-38°, che discese a 36°, nel giorno precedente alla morte e risalì al normale il giorno della morte. L'urine durante la malattia ebbero il peso specifico di 1010, reazione acida e non contennero albumina nè zucchero.

All'autopsia, che dovette limitarsi all' estrazione del midollo spinale, si trovarono meningi normali, il midollo apparve molto rimpicciolito e nella regione cervicale appiattito. Al taglio si constatò ad occhio nudo degenerazione dei cordoni posteriori e laterali, specialmente nella porzione superiore.

Lo studio microscopico delle sezioni a differenti altezze del midollo mostrò che il processo degenerativo abbracciava i tratti piramidali diretti ed incrociati ed i cordoni di Goll in tutta la loro lunghezza, che la degenerazione era molto più intensa nei cordoni posteriori e più spiccata nella regione cervicale che nelle parti sottostanti. Nella regione cervicale la degenerazione era più diffusa e comprendeva i cordoni laterali misti per un' estensione considerevole. Qui sembrava che i cordoni di Gowers ed i peduncoli cerebellari diretti fossero affetti leggermente. Oltre a questa necrosi sistematica, il midollo mostrava in tutta la sua estensione una sclerosi dei capillari sanguigni dovuta ad un ispessimento dell'intima e dell' avventizia. La sostanza grigia non mostrava gravi lesioni. Non v'erano traccie di rammollimento o di cavità o d'emorragie, nè altri fatti che si sareb-

bero potuti caratterizzare come infiammatorii, non essendo l'ispessimento vasale accompagnato da proliferazione, essudazione o migrazione cellulare. Quantunque vi fosse una lesione considerevole dei vasi sanguigni, il processo era così strettamente sistematico da non poterlo considerare come secondario all'alterazioni vasali sole. Sembra più verosimile che lo stesso processo che produce l'alterazione dei capillari sanguigni attaccò le fibre nervose dei cordoni laterali e posteriori.

La limitazione, degna di nota, della malattia ai cordoni di Goll ed al decorso conosciuto delle fibre dai gangli spinali posteriori fece pensare che questi possibilmente fossero anche gravemente lesi. Ma l'alterazioni del midollo erano tanto più gravi di quelle delle radici posteriori che il Dana non le considera come secondarie ad una lesione dei gangli spinali posteriori.

Dopo d'avere descritto a lungo il caso sudetto, Dana riferisce brevemente su altri 2 casi analoghi caduti sotto la sua osservazione. Il 1° concerne un pittore di 60 anni, nella cui anamnesi nulla eravi d'importante. I primi disturbi accusati dall'infermo furono torpore e senso di freddo ai piedi e di quando in quando dolori alle gambe e crampi ai polpacci. Le gambe divennero sempre più pesanti cosicchè il camminare gli riusciva molto difficile. In seguito ebbe un attacco nel quale soffrì per due o tre giorni di lentezza della parola, contemporaneamente ebbe nistagmo e paralisi delle braccia.

In una o due settimane scomparvero i disturbi della parola ed il nistagmo. Accusò allora incertezze del cammino. Questi disturbi progredirono lentamente finchè l'infermo venne sotto all'osservazione di Dana. Questi constatò nutrizione buona, lieve anemia, nulla ai visceri addominali e toracici, non disturbi vescicali o delle funzioni sessuali, stitichezza. L'infermo si lagnava principalmente della debolezza ed incertezza della parola e dell'intorpidimento alle gambe. L'incesso era lento e cauto, stendeva i piedi infuori nel camminare, non poggiando però sui calcagni come il tabetico. Chiudendo gli occhi barcollava ma non cadeva.

Eravi lieve tremore alle mani, che s'aumentava un poco coi movimenti volontarii. Non eravi nistagmo, non disturbo dei nervi motori o delle pupille; la voce era normale; le gambe erano deboli specialmente nei muscoli crurali anteriori notevolmente atrofici. Gli riusciva difficile l'alzarsi da una sedia, più difficile lo scendere una scala che il salirla.

Non v'era però paralisi evidente. I riflessi del ginocchio erano esagerati, non v'era il clono del piede. Lagnavasi dell'intorpidimento ai piedi ed alle gambe, ma non v'era anestesia evidente tattile, dolorifica o termica, non disturbi vasomotorii. I sintomi predominanti erano perciò quelli dell'atassia, che comprendevano specialmente le gambe, con debolezza delle stesse e senso subbiettivo di torpore e di freddo.

Il 2° caso si riferisce ad un individuo di 42 anni il quale verso la fine del 1897 cominciò a notare una lieve incertezza nel cammino ed aveva qualche volta capogiro. Questo fatto era piuttosto uno stato d'incertezza subbiettiva che una vera vertigine. Nel marzo del 1898 cominciò ad avvertire torpore ai piedi ed alle gambe, non però senso di freddo o di caldo, non dolori di sorta. Poco dopo avvertì anche intorpidimento leggiero alle dita delle mani. Eravi costipazione lieve, non però disturbi della vescica o delle funzioni sessuali. Le condizioni peggiorarono gradatamente é nell'ottobre del 1898 Dana constatò i seguenti fatti: incesso leggermente atassico, barcollamento nella posizione all'impiedi, il paziente però manteneva bene la posizione all'impiedi ad occhi chiusi. Eravi leggiera atassia alla mano sinistra, i riflessi del ginocchio erano normali, uguali e normali le pupille.

Si notava debolezza delle mani e dell'estremità inferiori, non c'era atrofia muscolare, sibbene lieve anestesia all'estremità delle dita, non anestesia evidente ai piedi, non analgesia nè anestesia termica, non sensibilità sul decorso dei nervi.

L'esame elettrico riuscì negativo, come pure quello del cuore, dei polmoni, dell'urina, del fegato e della milza.

L'infermo, rivisto dal Dana dopo circa un mese, presentava perdita del fenomeno del ginocchio, pupille larghe ed uguali e reagenti poco alla luce ed all'accomodazione, aumento della parestesia che si era estesa alle mani, agli avambracci e al disopra dei ginocchi, incesso nettamente atassico, sintoma di Brauch-Romberg. Le funzioni vescicali erano normali ad eccezione della minzione frequente, vi era coprostasi pronunziata. Eravi inoltre anemia spiccata. D'allora in poi la malattia progredì molto rapidamente.

Dopo due mesi circa l'infermo non poteva più camminare a causa della paralisi e dell'atonia dell'estremità inferiori, i movimenti nel letto erano possibili ma l'infermo non poteva stare in piedi. Anche le braccia erano molto deboli, il dinamometro non segnando più di 10 libbre; il paziente poteva muoverle liberamente, ma eravi atonia spiccata. Presentava inoltre notevole anestesia tattile, dolorifica e termica all'estremità inferiori, che s'estendeva fino al tronco, dolori considerevoli al dorso non lancinanti, non atrofia muscolare, vescica ancora normale, costipazione ostinata. L'esame del sangue praticato due volte diede per risultato diminuzione considerevole dei globuli rossi e dell'emoglobina, presenza di microciti, macrociti e poichilociti, assenza di normoblasti e di gigantoblasti. In seguito l'infermo divenne completamente paraplegico, la vescica inattiva, l'anestesia e la paralisi s'estesero sempre più. Le braccia divennero sempre più deboli, atassiche ed anestesiche, l'infermo morì verso la metà di

gennaio, non fu permessa l'autopsia. Durante il corso della malattia il paziente venne curato con mercurio e ioduri, questi però sembrarono peggiorare il suo stato. Arsenico, chinino e ferro furono somministrati senza vantaggio.

Il 3° caso riguarda una donna di 63 anni che nell'està del 1896 fu colpita da diarrea prolungata ed esauriente, durante la quale malattia notò segni di torpore e di punture alle braccia con debolezza. L'inverno seguente notò gli stessi fatti alle gambe. Nel 1897 i sintomi delle braccia migliorarono, invece aumentarono l'intorpidamento e la debolezza delle gambe, cosicchè nel maggio 1898 l'inferma non potè più camminare, se non coll'aiuto del bastone. I fenomeni crebbero gradatamente d'intensità. Quando venne all'esame di Dana, l'inferma era un po' dimagrata e pallida, soffriva di costipazione, non aveva alcun disturbo da parte del cuore, dei polmoni e dei reni, si lagnava d'una sensazione costante di freddo ai piedi e, per minore estensione anche alle mani, di senso d'intorpidimento ai piedi, alle gambe ed all'estremità delle dita. Vi era inoltre senso di pressione all'addome, non tumore, i movimenti delle braccia erano normali; c'era atassia, ma non anestesia, ad eccezione d'una lieve anestesia cutanea all'estremità delle dita. Nessun disturbo da parte dei nervi cranici, non nistagmo, non tremore della lingua. Le gambe potevano muoversi in tutte le direzioni, sebbene fossero un po' deboli, ma non mostravano rigidità. Il fenomeno del ginocchio era un po' esagerato, non vi era il clono del piede. Si notò anestesia tattile, dolorifica e termica ai piedi, l'inferma riconosceva perfettamente bene la posizione dei suoi arti. Nella posizione all'impiedi barcollava anche ad occhi aperti, ad occhi chiusi non poteva stare in piedi. L'incesso era goffo ed atassico, non vi erano disturbi vescicali delle funzioni rettali.

Havvi quindi una classe di casi di malattie del midollo spinale, caratterizzati da segni d'intorpidimento, atassia e paralisi, che attaccano prima le gambe e poi le braccia, che progrediscono prima lentamente e poi rapidamente e che compiono il loro ciclo in uno o due anni, ai quali può darsi il nome di «paralisi spinale subacuta». La causa è ignota, ma il disturbo è dovuto, all'infuori di ogni questione, a qualche forma di tossiemia. La malattia è spesso associata all'anemia perniciosa o ad un'anemia secondaria profonda, spesso si è avuta dopo intossicazione malarica profonda ed intossicazione saturnina. Occorre d'ordinario nell'età media della vita, più spesso in uomini che in donne. Rassomiglia ai gradi leggieri di nevrite multipla, come quelli dovuti all'arsenico o al diabete; d'altro canto somiglia in qualche modo all'atassia locomotrice nei primi stadii. Si riconosce principalmente dalla presenza dell'anemia o della cachessia, dall'età del paziente, dal carattere progressivo e piuttosto rapido dei sintomi, dall'assenza di dolori o sensibilità dei nervi, dall'assenza dei sintomi oculari e viscerali dell'atassia locomotrice. L'anatomia patologica consiste in una degenerazione progressiva, che comprende i cordoni posteriori, e, per una certa estensione, i cordoni laterali del midollo spinale e più tardi la sostanza grigia ed altre parti della sostanza bianca. Allo inizio la malattia è sistematica, attaccando però di regola la parte cervico-dorsale del midollo più intensamente. Alterazioni pronunziate dei vasi sanguigni accompagnano qualche volta la degenerazione, che non è infiammatoria e spesso finisce col rammollimento. Il trattamento della malattia è sempre inefficace negli ultimi stadii, negli stadii iniziali si può avere qualche vantaggio dall'uso dell'arsenico, della chinina, dei tonici, da un'alimentazione appropriata e dall'uso d'iniezioni saline. (*Medical Record*, vol. 55, n. 25, 24 giugno, 1899).

PATOLOGIA MEDICA

L'AORTITE PALUSTRE O AORTITE A PLACCHE.

L'aortite palustre, malgrado i fatti che il Lancereaux ha riferito, non è ancora ammessa da tutti, onde giorni fa questo autore (*Gazette des hôpitaux*, n. 76, 6 luglio 1899) è tornato nuovamente sull'argomento.

Le opere classiche non attribuiscono all'aortite, a parte la sifilide, che delle cause banali: egli è che l'etiologia di questa affezione è assai negletta. Ora l'aorta può subire le stesse influenze patologiche degli altri organi e presentare come essi delle alterazioni in rapporto costante con le cause che le fanno nascere. Così il Lancereaux è giunto a collegare sicuramente all'erpetismo (nevrosi vasotrofica) l'alterazione estesa e disseminata dell'endarteria o arterio-sclerosi generalizzata. Accanto a questa affezione così netta esiste una lesione dell'aorta, localizzata alla prima porzione di questo vaso, in cui essa si manifesta con placche di una estensione variabile, e siccome questa lesione si riscontra quasi unicamente nelle persone che hanno soggiornato in un ambiente palustre, così il Lancereaux l'ha attribuito all'agente della malaria.

Su 21 casi, egli trovò 15 uomini e solo 6 donne. Tutti questi malati presentano dei fenomeni di aortite; molti tra essi hanno avuto delle crisi di angina di petto; cinque sono colpiti da aneurisma aortico; due hanno una semplice ectasia dei vasi; uno presenta nello stesso tempo una cirrosi palustre. Dodici tra essi hanno avuto la febbre intermittente, gli altri hanno abitato in ambienti malarici, ma senza aver provato gli accidenti acuti della malaria.

Aggiungendo a questi casi gli altri 16 pubblicati anteriormente si ha un totale di 37 casi di aortite malarica, tra i quali vi sono 8 casi di aneurisma aortico.

L'aortite palustre è molto frequente in Rumania.

L'aortite palustre ha per sede speciale la porzione ascendente dell' aorta, raramente la sua porzione toracica o addominale. Essa s' inizia dalla tunica esterna che si vascolarizza, s'ispessisce ed assume poco a poco una struttura fibrosa, aderisce fortemente ai tessuti vicini ed ingloba nel suo tessuto i nervi emanati dal plesso cardiaco. Da questa tunica partono dei piccoli vasi che attraversano la tunica media, in modo che questa tunica si trova in parte distrutta.

La tunica interna è rigonfiata da una sostanza amorfa contenente rari nuclei connettivali, e forma delle placche biancastre, leggermente salienti, a margini sinuosi, che restringono tavolta l' orifizio delle arterie coronarie, o restringono o dilatano i grossi vasi del collo se si trovano in questi. Tutte le tuniche sono così lese; la tunica media si atrofizza, ed in ragione della sua minore resistenza, si produce un'ectasia della porzione affetta. La tunica esterna, iniettata, spesso aderisce all' arteria polmonare, il plesso cardiaco s'infiamma, degli elementi embrionarii si sviluppano tra i tubi nervosi. Questa lesione ha per effetto degli accidenti dolorosi di una grande intensità (angina di petto).

L'aneurisma poi è comune nella aortite malarica (5:25). Sua sede abituale è la prima porzione dell'aorta, immediatamente al di sopra del punto in cui il pericardio si ripiega su questo vaso, talvolta *al disotto*, ed in tal caso il caso il tumore é intrapericardico; eccezionalmente occupa l'aorta toracica od addominale.

È prediletta poi la regione anteriore dell' aorta ascendente.

Istologicamente si osservano tra le tuniche dei focolai di cellule che comprimono ed atrofizzano gli elementi normali, di cui poco a poco prendono il posto. In seno a questi vasi compaiono talvolta dei vasi che si rompono e producono delle emorragie interstiziali. Lo sviluppo degli elemementi embrionarî segue una direzione rettilinea dal di fuori al di dentro, di modo che la parete arteriosa è perforata come da un cuneo o da un chiodo. La ragione di tal fatto pare dovuta all'accumularsi lungo il tragitto dei linfatici e dei vasi sanguigni degli elementi embrionarî.

Se l'alterazione ha sede all'origine dell'aorta ed interessa poco le valvole sigmoidi, ne risulta un leggero grado di stenosi o di insufficienza di questi apparecchi, con i soffî sistolici o diastolici. Se sono interessati gli orifizî delle arterie coronarie il cuore è ischemizzato, e clinicamente si ha dispnea, dolore precordiale, in seguito ad uno sforzo, ad una rapida camminata. Se l'alterazione occupa la regione anteriore dell'aorta, questa si dilata e presenta il più spesso un doppio soffio, o si produce un tumore aneurismatico distinto alla percussione da una ottusità in un punto circoscritto, e spesso all' ascoltazione, dall'esistenza di un soffio unico o doppio, poi dalla comparsa di un tumore espansibile, animato da battiti sincroni alle pulsazioni radiali ed ai battiti del cuore. Quando la lesione interessa la sezione posteriore dell' aorta, a livello del plesso cardiaco, appare l'angina di petto.

Ma i rumori sistolici e diastolici non hanno niente di speciale per l'aortite palustre. Gli aneurismi e le crisi anginose, effetti più o meno immediati della aortite malarica, meritano maggiore attenzione. Il più spesso isolate ed indipendenti, queste manifestazioni sono talvolta simultanee e l'angina precede quasi sempre il tumore aneurismatico. Questo ha sede ordinariamente nella prima porzione dell'aorta, e questa sede pare debba essere attribuita alla maggiore quantità di vasi linfatici di questa regione. Per la sua situazione, questo aneurisma invade spesso la cavità pericardica e questa, quando esso si rompe, è inondata di sangue; frequentemente ancora sporge in avanti e perfora lo sterno. Se è interessata la porzione posteriore dell'aorta, il tumore s' estende verso la colonna vertebrale e dà luogo alle nevralgie intercostali.

Se è affetto l'arco aortico, i grossi vasi che ne emanano hanno la loro parete più o meno modificata, donde un'ineguaglianza dei due polsi. Così le manifestazioni dell'aneurisma aortico variano con le sedi diverse e tenendo conto di queste differenze, dei soffi che fornisce l'ascoltazione, è possibile di fissare esattamente la localizzazione del tumore.

Il sintoma comune nell'aortite malarica è l'angina di petto, che è l'effetto della localizzazione del processo patologico alla porzione del vaso in rapporto con il plesso cardiaco. Siccome, abitualmente, l'alterazione dell'aorta colpisce in pari tempo gli orifizii delle coronarie e li restringe, questa circostanza ha condotto molti autori a farne la condizione patogenetica dell' angina di petto. Tuttora esistono dei casi in cui questa stenosi fa difetto, malgrado l'esistenza delle crisi anginose, e siccome il plesso cardiaco, situato sulla tunica esterna dell' aorta, partecipa frequentemente all' alterazione di questa tunica, pare più naturale di considerare questa sindrome dolorosa come di natura nevralgica e di collegarla alla nevrite od alla semplice irritazione del plesso nervoso piuttosto che all'ischemia cardiaca. Ciò è confermato dal fatto che queste crisi anginose, da aortite palustre, capitano il più spesso nel riposo, la notte, e non sono forzatamente consecutive allo sforzo. Certamente la stenosi coronaria può dare origine ad una dispnea dolorosa durante il cammino od uno sforzo; ma questo dolore, specie di crampo del cuore, non dev'esser confuso con il dolore del plesso cardiaco che, spontaneo od intermittente, s'irradia dal lato delle braccia e presenta, come la maggior parte delle nevralgie, una evoluzione sempre quasi simile.

L'angina è accompagnata da una sensazione di angoscia estrema. Questo dolore s' irradia talvolta dal lato della faccia, che arrossisce od impallidisce,

ed abitualmente si estende al braccio ed è accompagnato da intormentimento e formicolio. Talvolta si osservano disturbi nella deglutizione, indebolimento della voce se un tumore aneurismatico comprime l'esofago od il nervo ricorrente, il *cornage*, la dispnea e gli accessi di soffocazione quando vi ha compressione della trachea. Talvolta si osservano emottisi multiple, come nel caso del Lanceraux, in cui esisteva una fistola aorto-tracheale.

Dei vomiti biliosi, la poliuria, le crisi sudorali sono state costatate infine in certi casi in cui il vago ed il gran simpatico si trovavano interessati. L'aortite palustre è quindi suscettibile di dare origine a sintomi varii secondo la sua sede ed i disordini anatomici che ne risultano.

Un'inizio insidioso, un decorso lento e progressivo appartengono all'aortite palustre a placche. Essa dura degli anni e retrocede raramente; ma può arrestarsi nel corso della sua evoluzione e non produrre alcun accidente serio, di modo che essa non uccide infallibilmente. Essa finisce in differenti maniere: ora per la rottura del vaso divenuto aneurismatico o semplicemente dilatato, ora in seguito ad un accesso d'angina di petto o di una sincope all'infuori di ogni crisi anginosa, ora, infine, la morte è lenta e risulta da un'insufficienza cardiaca.

La sifilide e l'erpetismo (reumatismo e gotta) possono talvolta localizzare i loro effetti all'inizio dell'aorta. Ma la sifilide si indirizza preferibilmente ai piccoli e medii vasi; molti autori, specie inglesi, non esitano però a riferire certi aneurismi aortici alla sifilide.

L'aortite che si osserva nel reumatismo cronico offre delle differenze anatomiche e sintomatiche che permettono di non confonderla con l'aortite palustre e sifilitica. Infatti mentre in queste ultime affezioni la lesione comincia dalla tunica esterna dell'aorta e resta circoscritta, essa comincia, nella prima, dalla tunica interna, si estende all'aorta intera e spesso a tutto il sistema arterioso. L'aortite reumatica, caratterizzata da sporgenze o noduli disseminati e situati in vicinanza delle arterie collaterali, comprime ed assottiglia la tunica media, e se talora genera delle ectasie eccezionalmente produce degli aneurismi e delle perforazioni.

A queste differenze anatomiche corrispondono anche dei segni clinici che permettono di diagnosticare sicuramente ciascuna di queste affezioni. Per la sua sede speciale alla tunica esterna ed all'origine dell'aorta, l'aortite palustre è frequentemente accompagnata da crisi di angina di petto, mentre che l'aortite sifilitica, che ha la stessa sede di predilezione, ne è generalmente esente. L'aortite dell'erpetismo irrita poco o nulla il plesso cardiaco, in ragione della sua localizzazione all'endarteria, ma, vista la possibilità della sua generalizzazione alle coronarie ed alle sigmoidi, determina sotto l'influenza degli sforzi e del cammino, delle crisi di dispnea dolorosa con un doppio soffio aortico, che, invece di restar limitato all'aorta come nella malaria, si estende a tutta la regione cardiaca.

Il pericolo dell'aortite palustre sta nella nevrite o nella nevralgia del plesso cardiaco e nella stenosi delle coronarie; così la terminazione fatale è l'effetto abituale d'una crisi d'angina o d'una sincope; talvolta la terminazione è l'effetto d'una insufficienza cardiaca, renale o cerebrale.

La cura è preventiva e curativa. La profilassi consiste nel curare seriamente ogni individuo colpito da malaria, con il chinino e l'idroterapia. La cura consiste nella somministrazione, del joduro di potassio e nelle iniezioni sotto-cutanee di gelatina.

FORMULARIO

Baccelli. — Per la nefrite

Per ottenere una forte derivazione intestinale si prende ogni trenta minuti una carta della seguente miscela:

Solfato di sodio	gr.	40
Nitrato di sodio	»	20
Diagridio	»	6

Dividi in carte 40, difese dalla umidità.

Contro la cloro-anemia

Artemisia	gr.	0,001
Quassina cristallizzata	»	0,001
Protossalato di ferro	»	0,10

per un confetto. Quattro al giorno: due prima di ogni pasto.

NOTIZIE E VARIETÀ

Un battello disinfettante

La marina degli Stati Uniti si è arricchita di uno steamer « *il Protector* » destinato alla disinfezione dei bastimenti, dei carichi e degli equipaggi contaminati. Innanzi a questo battello si trova un apparecchio per la produzione, in grande quantità, dei vapori solforosi, che possono essere portati mediante un sistema di tubi fino al bastimento da disinfettare Vi sono, inoltre, camere da combustione e ventilatori potentissimi per la disinfezione delle stive.

In dietro al *Protector* v' è posto un generatore di formaldeide ed una camera di disinfezione. Nel centro, oltre le caldaie e le macchine del battello, si trovano una cinquantina di stanze da bagno, in cui gli equipaggi contaminati potranno prendere tutte le precauzioni igieniche necessarie. Il *Protector* che ha la lunghezza di 25 metri e che fila 18 nodi in tempo normale, è equipaggiato secondo i principii della profilassi moderna e porta uno stato maggiore completo d'infermieri e di medici.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'ISTERECTOMIA ADDOMINALE TOTALE NEL CANCRO UTERINO

Il Rècamier, per il primo, nel 1829, praticò un' isterectomia vaginale metodica. Nel 1830 il Delpech propose l'isterectomia addominale totale. Ma se, grazie alla legatura metodica dei legamenti larghi proposta e praticata dal Rècamier, le malate non morivano spesso di emorragie, esse soccombevano quasi tutte alla setticemia ed i chirurgi si rassegnavano a ricorrere, sia alla cura palliativa delle cauterizzazioni ignee, sia all'amputazione intravaginale del collo uterino a livello delle inserzioni vaginali (Osiander), un po' al di sopra (amputazione conoide del Rècamier). Con l'antisepsi comincia un'era novella. Nel 1878 il Freund praticava con successo la sua prima isterectomia addominale totale per cancro, e la sua operata viveva ancora nel 1893. Nello stesso anno lo Schröder praticava per la prima volta l' amputazione sopra-vaginale del collo per via vaginale, ma la sua malata morì per l' operazione. Nell' istesso anno ancora lo Czerny fece la sua prima isterectomia vaginale per cancro e preconizzò d'allora questo metodo operativo ma dopo qualche tentativo isolato l'operazione del Freund fu momentaneamente dimenticata, la sua tecnica operatoria essendo insufficiente; secondo l'Ahlfeld, nel 1880, 7 operazioni diedero il 71 0[0 di mortalità. Per contro l' isterectomia vaginale guadagnò molto terreno. Il Pawlik cerca anco di togliere per la via bassa il cellulare peri-uterino e per non rischiar di tagliare l'uretere, egli lo cateterizza preventivamente. Il Linkenheld avea proposto ancor da molto tempo di asportare questo tessuto cellulare pelvico. Or, da una parte, le recidive frequentemente osservate poco tempo dopo l' isterectomia vaginale, e d'altra parte, i progressi della tecnica operativa sopravvenuti nella chirurgia addominale, posizione inclinata del Trendelenburg tra gli altri, dovevano fatalmente condurre i chirurgi a ritornare all'operazione del Freund perfezionandola. Già nel 1881 questo chirurgo avea pensato di togliere tutti i gangli, invasi dal cancro, nel corso dell' isterectomia addominale. È a cominciare dal 1890 che queste larghe estirpazioni furono praticate da Rump, Gusserow, Hofmeier, Veit, Zweifel, von Rostorn, Clark, Russell, Kelly, Mann, Pryor, Riess, Rouffart, Jacobs, Terrier, Quènu, Michaux, Reyner, Legueu, Faure, Hartmann, ecc., per non citare che i chirurgi che hanno pubblicato le loro osservazioni. Nella stessa guisa in cui nel cancro del seno si fa lo scucchiaiamento dell'ascella, così nel cancro uterino questi differenti autori hanno risoluto di ricercare il neoplasma quasi nei suoi ultimi gangli, praticando lo svuotamento del bacino.

Pare oggi opportuno di studiare questa operazione, con i suoi nuovi perfezionamenti, in sé e comparativamente con il metodo rivale, molto più modesto, l'isterectomia vaginale.

Ora, essendo dato che la prognosi operatoria dell'isterectomia addominale totale è più grave di quella dell'isterectomia vaginale, esiste una varietà di cancro uterino, ad evoluzione lenta, per la cura della quale la semplice isterectomia vaginale potrebbe essere considerata come relativamente sufficiente? La risposta a tale domanda sembra essere attualmente negativa. Sembra che il cancro del collo e quello dell'istmo abbiano un decorso più rapido di quello del corpo. Le varietà ulcerose, vegetanti, infiltrate non sono da considerare che dal punto di vista della tecnica operativa. Sembra che la varietà superficiale, avente la sua sede sulla mucosa vaginale del collo abbia un decorso meno rapido della varietà cavitaria: questa invade rapidamente il corpo dell'utero ed i tessuti peri-uterini, la vescica ed il retto. La varietà infiltrante o nodulare del collo ha ancora un decorso rapidamente invadente. Il Russel, dopo avere studiato le metastasi, e le recidive post-operative del cancro uterino, conclude distinguendo le tre varietà seguenti: 1° i cancri della porzione vaginale del collo, (quella che è rivestita da epitelio pavimentoso) hanno una grande tendenza ad invadere le pareti vaginali, sia per propagazione diretta, sia per invasione del tessuto sotto-mucoso. Secondo il Russel il cancro della porzione intra-vaginale del collo è il più spesso un epitelioma avente poca tendenza alla metastasi; 2° il cancro della porzione sopra-vaginale del collo è, il più spesso, un adeno-carcinoma di natura malignissima, perchè guadagna rapidamente il connettivo peri-uterino e la vescica; 3° il cancro del corpo dell'utero è spesso un adeno-carcinoma giustiziabile con la cura radicale. Il Winter insiste sull'ufficio dell'inoculazione operatoria nelle recidive del cancro; è nei casi di cancro del corpo che

l'inoculazione è rara, e ciò proviene da che il neoplasma non tocca i margini della ferita. Infine, il Texier pensa che la forma interstiziale e la forma ulcerosa sono le più maligne; la forma vegetante evolve meno presto e dà dei risultati operatorii molto più favorevoli. Insomma, oggi si può dire che la varietà istologica importa poco dal punto di vista pratico. Però la recidiva è frequente nella mucosa vaginale nel cancro superficiale del collo; essa avviene sovratutto nel tessuto peri-uterino quando il cancro s'inizia con un nodulo infiltrato nel collo o con l'invasione della mucosa del collo (Bouilly). Questa incertezza dipende evidentemente dalla nostra ignoranza attuale sulla natura stessa del cancro. Qualunque sia la varietà istologica del cancro, la prima operazione da fare dovrebbe dunque rivolgersi fin da principio non solo sull'utero, ma sui tessuti peri-uterini, i gangli principalmente. È dunque evidente che nessuna varietà di cancro può esser curata radicalmente con l'isterectomia vaginale. Per la via addominale si possono poi togliere tutti i tessuti e sovratutto tutti i gangli degenerati?

Si sa, per le ricerche di Morgagni, Cruiskauk, Mascagni, Fridolin, Leopold, Sappey, Cruveilhier, Lucas-Championnière, Mierjewsky, Poirier, Wallich, Peiser, che i linfatici del collo uterino arrivano a tre gangli linfatici situati nell'angolo di biforcazione dell'iliaca primitiva, che quelli nati dal corpo uterino convergono verso gli angoli uterini, seguono il margine superiore del legamento largo, accollandosi all'utero-ovarica, e vanno ad un gruppo di gangli lombari situati al davanti della cava e dell'aorta e ad un gruppo di gangli situati al davanti dei vasi iliaci primitivi, i quali vanno a continuarsi con quelli della cava e dell'aorta, l'insieme di questi gangli formando così una catena ininterrotta. Alcuni linfatici dell'utero vanno ai gangli dell'inguine con il legamento rotondo, e sono quelli partenti dal punto in cui questo s'inserisce. I due gruppi di gangli, del collo e del corpo, sono uniti da anastomosi a livello dell'istmo. I linfatici della tromba, quelli dell'ovaio, si anastomizzano con quelli del margine dell'utero e vanno ai gangli lombari. I linfatici del terzo superiore della vagina si confondono con quelli del collo e vanno ai gangli della biforcazione delle iliache. I linfatici del terzo medio della vagina seguono il tragitto dell'arteria vaginale e vanno ad uno o due gangli situati sui lati del retto, negli angoli del fascio arterioso che formano la vaginale, l'ombelicale e l'iliaca interna (Poirier). Quest'autore ha insistito ancora sui linfatici che si sviluppano nelle aderenze uterine, e ciò è anco interessante dal punto di vista del meccanismo di propagazione di un neoplasma uterino, alla vescica, per esempio, con cui l'utero normalmente non ha rapporti linfatici. Le ricerche di Russell, Peiser, Cruveilhier, hanno confermato in gran parte la descrizione del Poirier.

Or secondo Roger Williams su 78 autopsie, v'erano gangli neoplastici in 56 casi. I gangli iliaci sono presi nel 56 0|0 dei casi: i lombari sono raramente invasi da soli (2 volte su 78 casi); i gangli inguinali erano neoplastici 6 volte su 78 casi; i gangli mesenterici 5 volte. L'adenopatia sotto-clavicolare sinistra è stata talvolta notata due anni pria della morte; è però il più spesso un segno della fine. Basandosi sui lavori di Dittrich, Cruveilhier, Pawlick, Russell, il Peiser afferma che i vasi ed i gangli linfatici del collo son presi nel 50 0|0 dei casi, nel momento in cui la malata viene a consultare il chirurgo. Di più, per Mackeurodt, Seelig, Gussenbauer, Schuchardt, Clark, anco nei casi in cui il cancro del collo pare all'inizio della sua evoluzione e la malata presenta i legamenti larghi ed i fornici in apparenza perfettamente sani, i gangli linfatici sono già presi nella maggior parte dei casi. Anco per quel che riguarda la generalizzazione l'Hofmeier pensa che il cancro del corpo si generalizza meno presto che il cancro del collo: per Roger Williams la generalizzazione sarebbe più frequente se una complicazione fatale non abbreviasse ordinariamente la durata del male.

Le recidive avvengono secondo due processi, sia per propagazione pura e semplice dell'infezione neoplastica, sia per inoculazione operatoria. La recidiva vaginale è la più frequente tre mesi dopo un'isterectomia vaginale; la recidiva occupa la cicatrice e progressivamente tutta la parte destra della vescica, tutta la regione compresa dall'iliaca primitiva sinistra fino alla base del legamento largo. Le recidive vulvari per inoculazione diretta esistono (Niebergall, Rosner, Calzavara). Le recidive pelviche avvengono nella vescica, nel retto, nel peritoneo e sovratutto nei gangli sovra-descritti.

Il cancro uterino essendo un cancro gravissimo, bisogna lottare contro esso con una operazione più precoce ed estesa possibile. La 1ª indicazione è data dall'età del neoplasma. Tutti gli autori sono d'accordo che l'isterectomia addominale totale, completata dallo svuotamento ganglionare, darà i migliori risultati nei casi di cancro all'inizio, sia del collo che del corpo.

Lo svuotamento per la via vaginale sarebbe laborioso, delicato, pericoloso ed illusorio. La 2ª indicazione proviene dalla sede del neoplasma. Sembra dimostrato che il cancro del corpo abbia un'evoluzione più lenta del cancro del collo; l'invasione linfatica sembra farsi lentissimamente. Il cancro della porzione vaginale del collo sembra avere ancora un'evoluzione lenta. I cancri della porzione sopra-vaginale del collo e quelli dell'istmo hanno un'evoluzione rapidissima e di buon'ora infettano le vie linfatiche. Il volume dell'utero neoplastico, la sua mobilità e la strettezza della vagina

debbono tenersi in conto; e così pure la friabilità del collo e l'esistenza di aderenze peritoneali (Kustner). In tutti questi casi è sempre meglio ricorrere all' isterectomia addominale totale.

Molteplici sono le tecniche operatorie ideate per l'isterectomia addominale totale; sono da annoverarsi quelle di Freund, Riess, di Peiser, di Clark, Chalot, Jacobs, Penrose, Terrier, Quènu, Reynier, Faure.

Consideriamo ora nel loro insieme tutte queste tecniche operative. Non si saprebbero troppo raccomandare il raschiamento del collo uterino nei casi di cancri del collo e la sutura dell'orifizio uterino nei casi di cancro del corpo, praticati in una seduta operatoria preventiva. L'incisione preventiva della vagina attorno al collo ha ancora i suoi partigiani (Freund, Bardenheuer, Reyner); nei casi di cancro progredito del collo, certamente questa incisione eviterà di entrare nella vescica o nel retto. L'ablazione dell'utero dev'esser fatta largamente; tutto dipende dalla sede e dell'estensione delle lesioni. Il modo più semplice d'intervenire è di andar dritto verso le uterine per far l'emostasi il più presto possibile. La friabilità dell' utero può rendere l'ablazione complicatissima; essa è spesso causa d' infezione peritoneale consecutiva. Gli strumenti di esresi da usare sono le forbici; Macheurodt, Jordan, Heurotay hanno raccomandato l'uso del termo- o del galvano-cauterio. Le aderenze peri-uterine sono difficili a rompersi: spesso si è lacerata la vescica (Freund, Legueu, Jacobs, Rosthom). Le aderenze al retto e la perforazione di esso sono state raramente segnalate.

Il grande vantaggio della via alta è di poter togliere 2-3 cm. dell'estremità superiore della vagina.

Per evitare l' uretere nel corso dell' operazione Clark, Kelly hanno consigliato di cateterizzarlo. Se l'uretere per accidente venisse sezionato, bisogna ricorrere all' uretero-cistoneostomia. Quanto al tempo operatorio che consiste nel togliere i gangli iliaci o sacrali, è evidente che non deve essere praticato che se i gangli non sono molto numerosi, nè aderenti ai vasi; in tal caso conviene lasciarli (Freund).

Dev'esser praticato il drenaggio vaginale ed addomino-vaginale. Fatta una somma di tutte le statistiche di Freund, Hofmeier, Gusserow, Veit, Zwerfel, von Rosthorn, Czempin, Bröse, Leopold, Clark, Rumpff, Schauta, Otto Küstner, Rouffart, Schally, Roston, Riess, Lavisè, Lauwers, Terrier, Quènu, Michaux, Reyner, Pantaloni, Faure, Jacobs, Jonesco, Legueu, Hougel, Mauclair, Mauclaire e Picquè, Hartmann, Irisca, si trovano 232 casi con 82 decessi operatorii, ossia una mortalita del 35, 3 0[0. Se l'isterectomia addominale totale è più grave della vaginale, ciò si deve alla setticemia peritoneale che uccide i 3[4 dei malati. La mortalità operatoria è stata del 57,7 0[0 (145 operazioni, 26 morti) dal 1878 al 1895. Dal 1895 al 1899 la mortalità non è più del 30 0[0 (187 operazioni, 56 decessi operatori). Per 2357 casi di isterectomia vaginale per cancro, la mortalità operatoria è di 8,9 0[0, cioè quattro volte minore. Quanto ai risultati definitivi, l'isterectomia vaginale fa sopravvivere di più, e dà delle guarigioni definitive. L'isterectomia addominale con ablazione larga del cellulare pelvico e dei gangli forse aumenta, più che non l'operazione vaginale, le probabilità della guarigione radicale del cancro, specie se applicata di buon'ora. Ancor recentemente il Dalla Rosa operò per la via addominale una donna ed il risultato fu assai soddisfacente.

BIBLIOGRAFIA

Piquè e Mauclaire. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, maggio e giugno 1899. — Dalla Rosa. *La Clinica chirurgica*, n. 6, 30 giugno 1899. — Hofmeier *Zeits. f. Geburt. und Gyn.*, 1881. — Veit. *Deut. med. Woch.*, 1895. — Von Rosthorn. *Prag. med. Woch.*, 1892. — Rumpff. *Central. f. Gyn.* 1895. — Roston. *Amer. Journ. of obst. and gyn.* 1897. — Riess. *Amer. Journ. of. obst. and gyn.* 1897. — Terrier. Congrès de chir. 1898. — Quènu. Sociét. de Chir. 1898. — Reynier. Congrès de chir. 1898. — Calzavara. *Gazz. degli Osped. e delle Clin.* 1896. — Thuming. *Berl. Klin. Wochens.* 1898. — Rouffart. *Journal mèdical de Bruxelles,* 1897. — Clark-Johns. Hopkin's hospital. 1896. — Penrose. *Americ. Jour- of Obst,*, 1896.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli
diretto dal prof. CACCIOPPOLI

TREDICI LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME

Contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore

Dottor Enrico D' Ursi

(*Cont. — V. num. prec.*)

Trattamento della cavità peritoneale.

Hinscherf (Die Drainage de Perit. Würzburg 1890) ripetendo gli esperimenti di Delpet trovò che dopo l' irrigazione continua di 20 minuti nel peritoneo con acqua sterilizzata, questo non assorbe più a causa della grande quantità d'acqua, che penetra nel sangue durante l'irrigazione. Infatti dopo l' irrigazione iniettando sublimato o solfato di stricnina nel cavo addominale l'animale non ha convulsioni nè presenta fenomeni di mercurialismo acuto. Perciò egli ritiene dannose piuttosto queste irrigazioni, alle quali egli attribuisce la morte del paziente.

Graser ha dimostrato che tutti gli antiset-

tici, specialmente il sublimato e l'acido fenico, in minor grado l'acido borico ed il timolo, alterano gravemente gli endotelii, e che anche la cura a secco fa incorrere nello stesso inconveniente. In corrispondenza delle parti ove l'endotelio mortificato si distacca si formano aderenze con le anse intestinali e con l'omento vicino.

Walthard e Länger che hanno fatto pure ricerche in proposito, consigliano di impiegare nella laparotomia l'asepsi umida servendosi di compresse imbevute di soluzione fisiologica di cloruro di sodio. Ritengono però che alle aderenze peritoneali postoperative dia occasione la difettosa sutura del peritoneo; ogni lacuna che resta dà luogo ad adesioni, le quali possono produrre coliche intestinali, occlusioni del budello, e ripiegamento dello stesso nel sito dell'adesione.

In tutte le laparotomie ho sempre usato il lavaggio col sublimato all'uno per diecimila, che un tempo faceva precedere e seguire da acqua sterilizzata ed oggi da acqua sterilizzata e cloruro di sodio nelle stesse proporzioni del liquido fisiologico.

Debbo dire che simile condotta ho tenuto ricordandomi di Koenig, il quale nel capitolo peritonite settica ricorda le facoltà assorbenti del peritoneo, le quali debbonsi per la loro intensità ai linfatici peritoneali, che si aprono direttamente nell'addome, all'estensione della superficie peritoneale a causa del ripiegamento ed anfrattuosità del peritoneo, alla peristalsi intestinale, al meteorismo addominale ed infine alla comunicazione dei linfatici peritoneali con quelli pleurici attraverso il diaframma, che agisce come una pompa aspirante e premente su i linfatici durante la meccanica respiratoria.

Non ricordo nessuno degli inconvenienti serii di cui parla Graser, debbo però dire che nella maggior parte dei miei operati ebbi meteorismo nei primi giorni. Forse furono le lavande di cui parla Graser, forse il traumatismo viscerale, non saprei decidermi.

Le irrigazioni peritoneali con soluzioni antisettiche o liquido fisiologico non sempre bastano ad evitare una infezione peritoneale, onde conviene al chirurgo di non chiudere completamente il cavo peritoneale: quando esistono abbondanti versamenti di fecci, urina etc, bisognerà aggiungere il fognamento addominale.

Questo è tassativo nei casi di ferite che si hanno a curare in secondo tempo quando già la peritonite è in atto.

Il fognamento fu proposto la prima volta da Bardenheuer-Ialaguer (Bull. de la Soc. di Chir. pag. 800-1891), che lo eseguì nei casi di peritonite mediante striscie di garza.

I chirurgi inglesi ritengono che il lavaggio del peritoneo ed il fognamento addominale riescono bene nei casi di peritonite purulenta, laddove ritengono scoraggiante questo metodo nei casi di peritonite settica come si ha per operazioni, gangrena dell'intestino, infezioni puerperali etc.

Inoltre essi tengono l'infermo nella posizione del decubito supino con le gambe flesse su di un cuscino. Le forze dell'infermo si debbono sostenere con le iniezioni rettali di 2-3 once di brodo peptonizzato a cui si aggiunge una mezz'oncia di cognac, queste iniezioni si ripeteranno ogni 3-4 ore. Contro la sete si useranno i clisteri d'acqua alla temperatura di 36°, 37° da 12 a 15 once per volta. Alle iniezioni di morfina si preferiscano quelle di stricnina.

Krecke (Münch. med. Woch. agosto 1891) su 119 casi di peritonite generale purulenta trattati con l'operazione ebbe 68 volte la morte cioè il 57, 14 0[0.

Karser su 30 casi di peritonite da perforazione ebbe 19 insuccessi (Deut. Arch. f. Klin. Med. 1876) cioè il 63.33 0[0.

Steinthal su venti casi ebbe dieci insuccessi (Gerum. surg. Congress. 1888) cioè il 50 0[0.

Korti, Kröulein, Mikulicz (Deut. Ges. f. Chir. 1892) su 40 casi ebbero undici guarigioni.

Le irrigazioni furono quelle di acqua sterilizzata e cloruro di sodio alla temperatura di 37°. Reichel si oppone alle irrigazioni ritenendole solo buone a spandere il materiale infettivo e diminuire la resistenza del peritoneo.

Lannestein preferisce l'irrigazione all'uso delle spugne, benchè ammetta che in pratica i risultati non furono molti felici.

Fraenkel (Società Imperio-reale dei medici di Vienna) nella tornata del 26 gennaio 1894 si oppone alla laparotomia nella peritonite, perchè ritiene cha l'apertura e disinfezione del peritoneo sono pericolose essendo da esse distrutte le adesioni già formate od in via di formazione, le quali condurrebbero alla guarigione.

Price nell'aprile 1896 sostenne il fognamento addominale in casi di peritonite con tubi di vetro piuttosto sottili e ricurvi, lunghi da poter raggiungere il punto più declive, di numero variabile a secondo il bisogno, come pure urge ricacciarli spesso per pulirli o sostituirli con altri. Essi tubi debbono presentare molte piccole aperture laterali.

Emostasia. — La cavità addominale fu divisa da Ionnesco o Debierre in due segmenti a mezzo del margine posteriore del mesocolon trasverso, che si estende dalla faccia anteriore di un rene a quella dell'altro. Nel segmento superiore, detto pure sopramesocolico, vanno lo stomaco, la milza, il pancreas ed il fegato laddove nel segmento inferiore o sottomesocolico trovasi il tenue con la massima parte dell'intestino crasso.

Il segmento sopramesocolico ha grandissima importanza chirurgica per la moltiplicità delle produzioni vasali, che vi decorrono come le ramificazioni del tripode di Aller negli organi di detto segmento e per la vena porta; inoltre è importante per i vasi che vi decorrono semplicemente sulla parete posteriore, nel connettivo sottoperitoneale, come l'aorta addominale, la mesenterica superiore, che nasce immediamente sotto la celiaca a livello della prima vertebra lombare e che secondo C. Manguidi su 30 casi per sedici volte corrisponde insieme all'altra al punto di unione del terzo superiore col terzo medio della linea xifo-ombelicale; è necessario ancora notare le arterie lombari, le spermatiche, le utero-ovariche, la vena cava inferiore con la vena che raccoglie lungo tale segmento della parete posteriore dell'addome, infine restano a notare le origini della vena azigos a destra e quelle della semiazigos inferiore a sinistra.

Or volendosi esternamente sulla parete anteriore dell'addome mediante una linea circoscrivere inferiormente questo tratto superiore del cavo addominale, si traccerà quella circolare, che passa per il punto di unione del terzo medio col terzo inferiore della linea xifo-ombelicale, come quella che cade sull'unione della seconda colla terza vertebra lombare e corrisponde al margine posteriore del mesocolon trasverso.

Le ferite che cadono sulle pareti, le quali circuiscono questo tratto della cavità addominale, messa da parte la loro natura, richiedono un sollecito intervento operativo.

Le lesioni dell'addome dànno campo al chirurgo di sperimentare tutta la sua abilità pratica nell'impiego dei diversi metodi d'emostasia.

Madelung a Francoforte sul Meno nel settembre 1896 dopo aver dimostrato la necessità dell'intervento operativo nelle ferite addominali conchiudeva: Le forti emorragie si frenano, quando non si ha assistenti e l'origine non si conosce presto, con una massa di grosse spugne e fasciatura delle pareti. Nello shok si deve operare. Lo sventramento immediato deve farsi solo quando siavi profusa emorragia nel cavo peritoneale etc.

L'emostasi si facilita con la pressione digitale della aorta addominale immediatamente sotto il diaframma,

Chaput a proposito della necessità dell'intervento operativo nelle ferite penetranti dell'addome dice: Va da se che vi sono anche casi in cui la laparotomia è controindicata. Infatti quando un infermo è algido, in preda a collasso, è meglio astenersi dell'operazione. Ma quando si ha certezza che lo shok, è dovuto all'emorragia, si ha il diritto di operare tuttochè lo stato generale sia cattivo, giacchè innumerevoli sono le guarigioni per arresto di emorragia, malgrado i sintomi inquietanti, che esistevano prima dell'operazione.

Il mio compito è quello di limitarmi alle osservazioni dei casi capitati ai miei colleghi ed a me; e perchè è ancora mio desiderio occuparmi delle ferite di vasi che ci dànno tempo d'intervenire dirò in questo lavoro dello zaffo e sutura emostatica aggiungendo un modesto tributo alla chirurgia del fegato e vena cava inferiore.

Contejean in una tornata della Società delle scienze biologiche dimostrò che la pressione endo-addominale non è sempre uguale alla pressione atmosferica ma talvolta negativa. Ciò premesso bisogna convenire che la pressione endo-addominale non potrà arrestare da sè una emorragia arteriosa intraperitoneale. Dalla fisiologia s'impara che la pressione arteriosa media nella carotide del cavallo varia da 150-200 mm. di mercurio; in quella del cane da 100 a 175; nel coniglio da 60 a 70 mm.. Nella carotide dell'uomo ascende probabilmente a 150-200.

La pressione venosa è piccolissima, è maggiore nelle vene lontane dal cuore che non in quelle ad esso più vicine. Jacobson trovò che nella vena brachiale di una pecora la

pressione media è di 4 mm. di mercurio, in un ramo della stessa 9 mm.. Nella crurale è di 11-4 mm.. Nella succlavia la pressione media era negativa cioè di 0, 1 mm. divenendo 1 mm. durante la ispirazione, 30 5 mm. durante una forte inspirazione, mutandosi poi in positiva durante l'espirazione. Risulta da ciò che, ogni versamento emorragico venoso per poco che si eleva la pressione endo-addominale, riuscirà ad arrestarsi, le vene ferite del cavo addominale non daranno più sangue. Questa emostasia spontanea che può verificarsi per accumulo di sangue nel cavo addominale per meteorismo etc., si verifica di certo aumentando artificialmente la pressione nell'interno dell'addome. Sono pubblicati diversi casi di emorragie per ferite di grosse vene addominali dai chirurgi dei Pellegrini, che l'arrestarono temporaneamente con lo zaffo addominale, si citano da essi ferite della porta ed in un caso capitato a F. Sorrentino assistito da me facilmente era ferita la vena emulgente di destra.

Lo zaffo addominale si fa con l'introduzione nel cavo peritoneale di grosse striscie di garza sterilizzata, due a tre metri, e chiudendo dopo con punti di sutura in massa. Lo zaffo si dirigerà sempre contro la sorgente emorragica. Nelle emorragie del parenchima epatico o splenico si ricorre spesso allo zaffo nel fondo della ferita dell'organo; in un caso di ferita passante della milza in prossimità dell'ilo, come dirò più avanti, ebbi l'arresto dell'emorragia con lo zaffamento dell'ipocondrio sinistro e chiusura completa della ferita addominale.

L'emorragia del fegato e milza se è abbondante perchè i vasi sono aderenti ai rispettivi parenchimi e quindi privi di contrattilità e retrattilità, per questa stessa ragione il sangue del sistema arterioso epatico e splenico deve avere una pressione al di sotto dell'ordinario, minimamente positiva, perchè le pareti arteriose non possono nel fegato e milza conservare al sangue l'impulso cardiaco. La resistenza, che la corrente arteriosa incontra in questi parenchimi per l'aumento del letto circolatorio, riesce potente contro la pressione arteriosa, la quale va incontro ad un repentino e distinto abbassamento nel sistema capillare epatico o splenico senza nessun compenso da parte delle ramificazioni dell'arteria epatica o splenica.

Arrestata l'emorragia, riavutosi l'infermo bisognerà, qualora la lesione prenda un decorso asettico, normale, riaprire il ventre quanto più tardi si può. La ferita venosa dopo un decorso asettico alla rimozione dello zaffo trovasi cicatrizzata.

L'ideale del chirurgo è sempre quello di conoscere non solo la natura dell'emorragia e la sorgente, ma ancora di agire definitivamente con sicurezza, il che quando le forze dell'infermo ce lo permettono, potremo ottenere con la sutura emostatica.

Analogamente alle lesioni traumatiche degli altri organi addominali anche quelle del fegato vengono classificate in rotture sottocutanee ed in ferite aperte. La diagnosi delle rotture sottocutanee non è facile, perchè i sintomi predominanti, shok ed anemia acuta, sono comuni anche alle lesioni traumatiche degli altri organi addominali. Gli altri sintomi come i dolori locali ed irradiati, l'itterizia, l'ingrossamento e la dolentia del fegato etc. sono meno costanti, e tranne il dolore appariscono in un periodo inoltrato della lesione.

Secondo Edler più della metà di questi infermi muoiono per dissanguamento nelle prime 24 ore dopo il traumatismo.

I mezzi, ai quali per solito si è ricorso in questi casi riposo, ghiaccio compressione locale con le spugne (Nusbaum) pressione sull'aorta (Majer) etc. non potettero arrestare l'emorragia allorchè questa non aveva alcuna tendenza a frenarsi spontaneamente, come si ha soltanto nelle ferite superficiali. Gli infermi perirono a causa di questo metodo aspettante, dovuto a che il chirurgo temeva di ledere il peritoneo nell'operazione.

Però se questo metodo era giustificato nel periodo preantisettico, oggi come è agevole comprendere, sarebbe del tutto infondato. E ciò spiega perchè la maggior parte dei chirurgi inclinano ad una operazione rapida ed ardita in primo tempo, giacchè trattasi di lesioni che possono direttamente e rapidamente cagionare la morte.

Più gravi ancora delle ferite sottocutanee del fegato sono quelle da punta e da punta e taglio. Operai nella casa di salute dell'ospedale degli Incurabili (anno 1889), ove era assistente, un vasto ascesso del lato destro dell'addome che si confondeva con l'ottusità epatica. Esso come si potè constatare al reperto necroscopico, ebbe origine da una ferita dovuta alla

decima costola di destra, fratturata ed ancora conficcata nel lobo destro del fegato. In tale soggetto non si manifestarono dopo il traumatismo fenomeni gravi nè d'anemia nè di shok, perchè, come egli raccontava dopo pochi giorni, aveva ripreso le abitudini della sua vita. A prevenire o ad arrestare l'emorragia del fegato sono oggi rivolti tutti gli studi: già si contano innumerevoli casi di guarigione per operazioni eseguite su detto organo da Loreta, Tansini, Ruggi, Tricomi, Clementi, Bastianelli, Braun, Billroth, Bergmann, Terrier etc..

In tutte queste operazioni si adoperò per l'emostasia il termocauterio da Ceccarelli, la epatorafia da Pozzi, l'allacciatura in massa del peduncolo e fissazione dello stesso tra i bordi della ferita addominale da Ruggi, il laccio elastico da Tricomi, che in un caso di adenoma della piccola ala dovè sostituire in secondo tempo la sutura al laccio. Ceccarelli e Bianchi stringono la parte asportata tra due stecche d'osso di balena decalcificate e bucherellate, ed attraverso i fori di questa eseguono la sutura emostatica.

I dottori Fiore e Matteo Giancola hanno pubblicato i risultati dell'emostasia del fegato mercè i vapori d'acqua bollente, servendosi dell'apparecchio portabile per rendere asettiche le operazioni e le medicature in campagna.

Il vapore acqueo emesso dall'apparecchio alla distanza di 10 centimetri dalla ferita segna secondo le loro ricerche 70 gradi, ed è capace di arrestare sempre l'emorragia epatica in pochi secondi pure asportando un terzo dell'organo epatico.

Gli esperimenti riportati da Fiore e Giancola sono varii, anche perchè il detto metodo venne applicato pure in casi di ferite della milza e dei reni.

Schneider di Heidelberg preferisce ai vapori di acqua calda usati per la prima volta da Snèguirew l'aria fortemente riscaldata perchè ritiene impossibile il metodo dei vapori acquei nelle grandi operazioni essendo causa d'annebbiamento del campo operativo.

Dal mio collega Felice d'Alessandro si propone durante qualsiasi atto operativo sul fegato la compressione temporanea del peduncolo vascolare.

La sutura del fegato a scopo emostatico nelle ferite da taglio superficiali o profonde limitate od estese riesce sempre. Di grande ajuto sono l'ispessimento della capsula di Glisson, l'aumento del connettivo interlobulare, perchè rendono resistente il tessuto epatico nella sutura.

(continua)

RIVISTA DI CLINICHE

ISTITUTO IMPERIALE RODOLFO
Prof. R. Paltauf

Un caso di mielite traversa acuta
Hugo Marcus

Occorrono molto raramente casi di mielite trasversa acuta, ma ancora più di raro si ha la possibilità che simili casi vengano all'esame allo stadio d'infiammazione recente, perciò è importante il caso riferito da Marcus.

Trattasi di un'operaia di 58 anni, che dodici settimane prima di essere ammessa all'ospedale era stata affetta da spasmi gastrici e che da tre settimane giaceva in letto. I dolori si diffusero gradatamente a tutto l'addome. Nell'ultimo tempo sede principali dei dolori era stato l'ipocondrio destro, con irradiazioni al dorso. La paziente non aveva avuto vomito nè ittero, l'ultima evacuazione aveva avuto luogo 8 giorni prima. Da alcune settimane l'inferma aveva notato disturbi alla minzione ed impossibilità nel cammino, due anni prima vomito di sangue due volte.

Da dieci anni menopausa. L'inferma al suo ingresso nell'ospedale si lagnava di debolezza alle gambe, specialmente alle dita dei piedi che non poteva muovere, senso di peso alle cosce, senso di cintura all'altezza dell'ombelico. Al principio l'inferma aveva la sensazione, che il dolore salisse fino alla regione del collo. Dall'esame clinico risultò: nulla al torace, dolenti le ultime coste, addome prominente specie nel mezzo, milza non palpabile, un po' prominente ma non dolente alla pressione l'appendice spinosa della 12ª vertebra dorsale. La pressione esercitata sulla spalla produceva dolori ai fianchi. Non c'era febbre. La forza delle gambe e delle dita dei piedi era di molto diminuita, il sedere spontaneamente nel letto era impossibile. I riflessi patellari erano conservati, non c'era il clono del piede, la sensibilità cutanea e l'algesia erano abbassate dalle dita dei piedi fino all'apertura del torace, così pure la sensibilità termica. Una settimana circa dopo l'entrata nell'ospedale si svolse decubito al sacro; poco tempo dopo la debolezza delle gambe era andata fino alla paraplegia, si notò iscuria paradossa, i riflessi patellari erano ancora conservati, si aveva analgesia ed anestesia completa dell'estremità inferiori, circa

un mese dopo si ebbe la morte; negli ultimi tre giorni di vita ci fu febbre alta. La diagnosi clinica fu di spondilite dorsale all'altezza della 12ª vertebra dorsale.

Alla sezione non si trovarono lesioni alle vertebre, le condizioni del canale vertebrale erano pure normali. La superficie interna della dura madre spinale era pallida, arrossata per iniezione e ricoperta d'uno strato sottile all'altezza della fuoruscita dell'8° e del 9° nervo dorsale; le meningi interne rosso-pallide, il taglio trasversale del midollo spinale nella parte cervicale e dorsale non presentava lesioni notevoli, la sostanza bianca era pallida, la grigia grigio-rossastra. Alla stessa altezza della lesione della dura il taglio trasversale del midollo spinale mostrava una delimitazione indecisa della sostanza grigia, specialmente perchè la sostanza bianca dei cordoni posteriori e dei postero-laterali era arrossata per iniezione e piccolissimi stravasi sanguigni.

All'esame microscopico delle radici del focolaio si trovò una discreta ricchezza nucleare; nei tagli longitudinali si notarono varicosità delle singole fibre; più di tutto colpiva l'enorme ricchezza sanguigna dei vasi, i quali erano riempiti, come nella stasi venosa, d'una massa compatta di globuli rossi. I globuli bianchi erano in parte spinti verso il margine, in parte erano radunati nei vasi ed attorno ai vasi ed infiltravano l'avventizia; l'identiche alterazioni si trovarono nei vasi piali e spinali. La parete vasale non presentava in alcun luogo proliferazioni endoteliali o lesioni della media. La ripienezza cennata dei vasi si estendeva soltanto ai vasi venosi.

Nel midollo spinale l'alterazioni maggiori vennero trovate nella sostanza bianca, e principalmente nei cordoni laterali più lievi, nei cordoni anteriori e laterali. Quest'alterazioni erano diffuse e non a focolaio. Nei preparati microscopici la sostanza grigia si differenziava dappertutto con molta nettezza dalla bianca, la quale già a deboli ingrandimenti presentava quello stato descritto da Leyden col nome di « forma a staccio ». Nelle parti colpite cioè, i cilindri dell'asse erano in parte coagulati, in parte caduti, inoltre le guaine mieliniche erano o molto assottigliate o distrutte, cosicchè si erano prodotte delle maglie qualche volta di grandezza considerevole. Inoltre si trovarono principalmente in corrispondenza dei setti gran numero di corpuscoli simili a corpi amilacei. Nella sostanza bianca vi erano rare e piccolissime emorragie. La sostanza grigia aveva spessezza normale; il canale centrale limitato non nettamente da tessuto fibrillare, un po' dilatato e ripieno di essudato fibrinoso e leucociti. Le cellule gangliari delle corna anteriori presentavano numero e caratteri normali. Riassumendo i risultati dell'esame microscopico, si ha un quadro che corrisponde a quello di una infiammazione acuta con stasi venosa pronunziata, inoltre lesioni di grado elevato nella sostanza bianca. Invece non si avevano lesioni nelle cellule gangliari delle corna anteriori. Non potè farsi l'esame col metodo di Marchi. In preparati allestiti col metodo di Pal non si notarono degenerazioni di intensi cordoni.

Questo caso corrisponde quindi anche microscopicamente a quella forma di mielite designata da Leyden come focolaio mielitico (mielite acuta, trasversa) Dall'aspetto microscopico il processo, in conformità al decorso clinico, deve considerarsi come relativamente, se non del tutto, recente. I casi di mielite acuta descritti nelle letterature si contengono tutti nel lavoro comprensivo di Redlich, il quale li divide dapprima in quelli che per la localizzazione del processo e le alterazioni anatomiche appartengono alla mielite trasversa, senza considerare più davvicino il momento etiologico, ed a questo si collegano la mielite diffusa e la disseminata; il 2° gruppo costituisce la mielite infettiva, la cui origine è dovuta ai batteri o alle loro tossine. Mentre dopo Kahler e Schmaus si è considerata la cosidetta mielite da compressione non di origine infiammatoria e la si è separata dai processi infiammatorii, non è questo il caso nella mielite a focolaio e nella mielite acuta disseminata, onde i reperti istologici non concordano completamente, ora mancando, ora essendo nettamente pronunziate le lesioni vasali. Senza dubbio si hanno focolai di rammollimento anemico-necrotici in casi, nei quali si trovò nell'organismo una causa di processi embolici e trombotici, come in un caso di Marchand, nel quale con un'endocardite si trovò rammollimento al cervello ed un focolaio voluminoso di rammollimento nel midollo lombare; anche nei casi di Lauestein, Tietzen, Küstermann, nei quali i focolai penetravano dalla periferia al centro in forma di cuneo, si sarà trattato essenzialmente di processi necrobiotici.

Evidenti alterazioni vasali nel senso di dilatazione e d'emigrazione di leucociti vennero descritte da Pfeiffer, Küsner e Brosia, Nageotte, Dreschfeld, le quali, come il caso descritto da Williamson d'una mielite acuta nel midollo cervicale inferiore e lombare superiore in una ragazza a 13 anni che nell'ultimo tempo di sua vita mostrò fenomeni tifosi, conducono alle mieliti infettive, quali sono descritte dopo il morbillo, il vaiuolo, l'influenza. Babes e Varnali trovarono nel loro caso, che si svolse durante un processo settico, accanto ad alterazioni mielitiche di alto grado batteri nel midollo. In un 2° caso, nel quale si aveva un processo di pielonefrite, il focolaio mielitico era sterile. Essi menzionano un altro caso, nel quale si ebbe dapprima artrite, poi paralisi ed infine sepsi emorragica; nella sostanza

grigia del midollo si constatò la presenza di streptococchi.

In base ai loro reperti essi ritengono per dimostrata l'importanza delle lesioni vascolari nella mielite infettiva. A differenza da quelle mieliti di origine infiammatoria dubbia, nelle mieliti infettive e nelle infettivo-tossiche insieme all'alterazioni nel parenchima si trovano quasi sempre ed in modo caratteristico delle alterazioni vasali, consistenti in iperemia, essudato ed infiltrazione delle guaine linfatiche.

L'origine infettiva dei processi mielitici si è cercato di dimostrare sperimentalmente, spesso però non si trovarono batterii nel midollo spinale. Così Gilbert e Lion coll'iniezione del *bacterium coli*, Vincent coll'iniezione d'un miscuglio di bacilli del tifo ed un bacillo ignoto, trovarono alterazioni nella sostanza grigia, Thoinot e Masselin coll'iniezione di stafilococchi e *bacterium coli* ebbero una mielite grave. Numerose sono le ricerche sul riguardo coi bacilli della difterite o colle loro tossine (Scherbalt, Enriquez, Hallion e Lerocq), col piocianeo ed i suoi prodotti di ricambio materiale (Ballet e Lebon, Babinsky e Charrin, i quali ultimi osservarono bensì fenomeni spastici, ma non trovarono coi loro metodi alterazioni di sorta nel midollo).

Spesso vennero trovate alterazioni mielitiche dopo iniezione di streptococchi, così Roger, Beurves, Moret e Rispol, Widal e Besançon, Homèm e Laitinen instituiscono nei conigli degli esperimenti paralleli da un lato coll'iniezione di streptococchi e dall'altro delle loro tossine; le alterazioni mielitiche furono sempre le stesse, ma trovarono i microorganismi solo allorchè gli animali non vennero lasciati in vita più di dieci giorni dopo l'iniezioni di streptococco.

Nella maggior parte di questi esperimenti si hanno infezioni generali, ed i risultati perciò non sono perfettamente d'accordo coi fatti osservati nell'uomo; molto interessanti sono i risultati di Roger, che negli animali inoculati con streptococchi non virulentissimi, ottenne dei focolai mielitici senza che gli animali presentassero segni di un'infezione generale; i focolai mielitici mostravano lesioni vasali evidenti. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 27, 6 luglio 1899).

MEDICINA OPERATIVA

Una sutura senza fili perduti detta « alla macchina da cucire »

Spesso si è preoccupati dal fatto che nella cura radicale delle ernie e anche nelle laparotomie, malgrado la sterilizzazione dei fili, si vede talvolta formarsi, dopo alcun tempo dall'operazione, degli ascessolini, che aperti dànno luogo alla eliminazione dei fili da legatura impiegati, lasciando dietro ad essi una fistola, e provocando la recidiva dell'ernia o lo sventramento. Le ricerche di Poppert, riferite all'ultimo congresso tedesco di chirurgia, mostrano che i fili (seta o catgut) anche asettici, possono provocare una suppurazione per irritazione meccanica o chimica; difatti il pus si è mostrato sterile. Questi ascessi provocati dai fili da legature i tedeschi li chiamano « ascessi da filo ». Altre ricerche hanno provato che i fili si infettano durante l'operazione passando per le mani degli aiuti. Checchè ne sia, l'ideale sarebbe di non lasciare dei fili nel tessuto dopo l'operazione, per cui si sono immaginati molti processi di cura radicale erniaria senza fili perduti, come si può rilevare della tesi di Dezon (luglio 1898, Parigi.)

Stoyanov (*Presse mèdicale*, n. 52, 1 luglio 1899), nel medesimo tempo, ma indipendentemente da Faure, aveva proposto; come lui, di impiegare come materiale di sutura nella operazione di ernia, il sacco tagliato e passato tra le labbra della ferita, come un laccio da stivalino. Quando il sacco però è troppo piccolo o suppurato ciò non poteva farsi per cui lo Stoyanov medesimo in principio di quest'anno propose d'impiegare per la sutura due pezzetti aponeurotici presi dai muscoli vicini. Faure in un caso di sventramento l'ha applicato con successo.

Stoyanov chiama questo filo di tessuto umano organizzato, *autocatgut*, benchè filologicamente sia improprio. Ora però ha voluto fare di meglio. Ha immaginato una sutura senza fili perduti, sperimentando sul cadavere e ultimamente sul vivente con pieno successo.

Questa sutura che egli chiama « alla macchina da cucire » come l'indica il suo nome, consiste nel far fare ad un filo di seta molto grosso delle anse fra cui dovrà passare un filo un po' rigido d'argento, di latta o di alluminio o anche di crine di Firenze, tirando sul filo che ha formato le anse le due labbra della ferita fra cui passano le anse riunite fra di loro per mezzo del filo d'argento. Dieci giorni dopo, quando si è sicuri che i tessuti si sono riuniti perfettamente, non resta che tirare il filo di argento che unisce le varie anse e tirare il filo formanti queste ultime, di modo che nei tessuti non resta nulla che possa provocare una suppurazione anche asettica.

Questa sutura è applicabile in tutti i casi, sia di ernie che alle laparotomie o alle nefropessie etc. per semplificare l'applicazione di tale sutura e per guadagnare tempo durante l'operazione, lo Stoyanov pensa di ideare e far costruire una « macchina pinza chirurgica da cucire », che farebbe tutto presto e automaticamente. Nel nostro secolo di macchine ad oltranza vi si dovrebbe pensare.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli *Archives des sciences biologique* dell'Istituto Imperiale di medicina sperimentale di Pietroburgo; vol. VII, n. 1 e 2, 1899.

1. WALTER. **Eccitabilità secretoria specifica della mucosa del canale digestivo.** — I principali risultati di questo lavoro possono essere riassunti nel modo che segue. La secrezione pancreatica che sopravviene nel cane dopo l'ingestione del latte, pane, carne, le condizioni sperimentali essendo eguali, segue, in regimi alimentari identici, lo stesso decorso, ripetentesi spesso con una esattezza stereotipa. Questa somiglianza estendentesi sul decorso della secrezione in funzione di tempo, sulla sua quantità e sulle sue qualità, provano che l' apparecchio secretorio del pancreas lavora con una grande precisione e costanza. Nei casi di regimi alimentari variabili, la secrezione pancreatica varia ancora in maniera particolare per ciascun regime. Queste differenze essendo accentuatissime per ciascuna specie di nutrimento e ripetentisi con costanza, il lavoro secretorio del pancreas diviene tipico per un alimento dato. Questo carattere tipico dipende non solo dal decorso della secrezione, ma ancora dalla variazione nella sua composizione ed azione fermentativa. Le variazioni nel potere fermentativo del succo manifestano un adattamento indubitabile alla qualità del nutrimento ingerito; il succo possiede in quantità preponderante tale e tanto fermento, necessario per la digestione dello alimento ingerito. Le qualità isolate del succo pancreatico, come il suo contenuto di materie solide, di sali minerali, la sua alcalinità ed il suo potere fermentativo, sono intimamente legate le une alle altre ed alla celerità della secrezione. Pertanto queste relazioni non esistono che in certi limiti, al di là dei quali le qualità menzionate manifestano delle variazioni indipendenti. Queste variazioni sono regolate dal giuoco di un meccanismo particolare avente per base l'eccitabilità specifica della mucosa intestinale. Le terminazioni periferiche dei nervi centripeti della mucosa gastro-intestinale non sono sensibili che a sostanze determinate e provocano una secrezione delle ghiandole digestive in un senso specifico. Per ciò che concerne il pancreas, l'esattezza di questa maniera di vedere è confermata dall'esempio dell'eccitante acido, che determina sempre una secrezione fortemente alcalina, e da un altro esempio dell'eccitante grasso, che eleva sempre il contenuto di fermento lipolitico del succo.

2. BRUNO. **L'eccitabilità specifica della mucosa del tubo digestivo.** — L' arrivo della bile nell'intestino è legato al processo digestivo; all'infuori di questo non v' ha secrezione biliare. Una volta cominciata, l'eliminazione della bile continua presentando dei caratteri distintivi in rapporto alla qualità dell'alimento da digerire. I tratti tipici del decorso dello scolo biliare nel tubo digestivo sono dovuti alla presenza nel nutrimento di tali elementi che, sia tal quali, sia modificati dalla digestione gastrica, si comportano come eccitanti chimici per l'escrezione della bile, agendo per via riflessa, della mucosa duodenale sui nervi che regolano la chiusura ed il meccanismo di evacuazione dei canali biliari. Sono la qualità e la quantità di questi eccitanti che reggono il decorso dell'escrezione biliare. Nella digestione del latte, per esempio, si possono considerare tre fasi principali: 1° il passaggio del latte tal quale dallo stomaco nel duodeno; 2° la coagulazione e la separazione del coagulo dal siero che passa nel duodeno; 3° la digestione di questo coagulo nello stomaco e la comparsa dei prodotti della digestione delle sostanze albuminoidi. Sulle curve tipiche dell'escrezione della bile dopo il pasto di latte, questi differenti stadî vengono caratterizzati da cadute e da ascensioni. La 1ª ascensione della curva coincide con la prima mezz'ora e corrisponde al passaggio nel duodeno del latte completo: è lo stadio di azione del grasso del latte in qualità di eccitante chimico. Dopo questa elevazione, verso il principio della seconda ora, si osserva la caduta di questa curva, spesso fino a livello dell'ascissa.

Ciò corrisponde od alla terminazione dell' evacuazione dello stomaco o all' inizio del passaggio del siero sprovvisto di grasso e ad un contenuto minimo di eccitanti chimici. Dopo questa caduta una nuova ascensione, raggiungente la più grande altezza alla fine della seconda ora o al mezzo della terza; essa coincide con il passaggio dallo stomaco nel duodeno principalmente dei prodotti della digestione delle sostanze albuminoidi. Si costata una terza elevazione della curva, che corrisponde probabilmente ad una evacuazione definitiva dello stomaco dei prodotti della digestione che si sono accumulati. A misura che lo stomaco si vuota la curva cade gradualmente all' ascissa, la quantità della bile arrivata nel duodeno ed il suo adattamento alla digestione, si traducono con il fatto che la bile escreta per il latte attiva in modo accentuatissimo la digestione dei grassi mediante il succo pancreatico; nel 1° stadio della digestione del latte la quantità della bile coincide con la quantità del succo pancreatico; la bile si distingue per la sua più grande densità, ciò che aumenta di molto il suo effetto sul potere lipolitico del succo pancreatico. Durante lo stadio di afflusso dei prodotti di digestione delle sostanze albuminoidi nel duodeno, la quantità di bile diminuisce in rapporto a quella del succo pancreatico, approssimandosi al rapporto più favorevole per attivare la potenza fermentativa del succo pancreatico riguardo alle sostanze albuminoidi. Le curve che traducono l'arrivo della bile nel duodeno dopo il pasto di carne e dopo quello di pane offrono un

carattere più uniforme, poichè non si tratta essenzialmente che di eccitanti di uno stesso ordine, dei prodotti di digestione degli albuminoidi. La differenza tra questi due regimi, traducentesi con una curva più frastagliata per il pane, si spiega con l'essenza stessa del meccanismo che regola l' evacuazione dei canali biliari e dello stomaco. Questo meccanismo, fondato sul giuoco dell' apparecchio musculare, risponde ad una eccitazione più debole fatta da una scossa brusca e mobile, ciò che si traduce sulla curva con ondulazioni, che sono più accentuate delle curve costrutte in una scala più piccola. Avviene lo stesso per l'evacuazione dello stomaco, la quale non è continua ma si effettua ad ondate. Questo decorso ondulato non si osserva sulle curve della secrezione gastrica e pancreatica tracciate a periodi di un'ora, perchè esse rappresentano l'effetto diffuso della somma di eccitazioni, il lavoro secretorio delle ghiandole e delle cellule segreganti essendo più uniforme. Però il decorso ondulato della secrezione si osserva sulle curve del succo pancreatico registrate a periodi di 1|4 d'ora; le ondulazioni sono più accentuate sulla curva corrispondente all'ingestione del pane. Il rapporto delle scosse della secrezione pancreatica con il passaggio del contenuto gastrico nel duodeno trova una spiegazione fondata: è un acido che gode la proprietà di eccitare la secrezione pancreatica. Per l'apprezzamento dell'ufficio della bile nella digestione è molto dimostrativo il fatto che l' escrezione biliare trovasi subordinata all'eccitante chimico. Cosicchè la bile dev'essere considerata come un agente digestivo importante.

3. Klitine. **Sull'infezione streptococcica generale acuta post-partum e sull'azione del siero antistreptococcico su questa infezione.**—Nel presente lavoro ha cercato in primo luogo di studiare sperimentalmente l'azione dell'infezione streptococcica di una certa intensità sull'organismo *post-partum*, per quanto riguarda le modificazioni anatomo-patologiche più o meno costanti degli organi; e di più a chiarire, appoggiandosi sullo stesso terreno dei dati istologici, l' azione del siero antistreptococcico, per quanto si può giudicare dallo stato degli organi e dalla quantità dei microbi che essi contengono. Egli ha potuto vedere che le lesioni degli organi delle coniglie partorite, inoculate di siero anti-streptococcico, non sono così accentuate come negli animali di paragone; solo il muscolo cardiaco fa eccezione a questa regola, poichè le lesioni non sono differenti tanto negli animali inoculati o non. Gli streptococchi negli organi degli animali trattati con il siero sono meno abbondanti che in quelli degli animali di paragone. Gli animali partoriti e trattati in seguito con il siero antistreptococcico hanno sempre vissuto più a lungo degli animali di paragone.

4. Loukianow. **Influenza del digiuno assoluto sulle dimensioni dei nuclei dell'epitelio renale nel sorcio bianco.**—Si è rivolto all'esame dei dati cariometrici riguardanti le modificazioni dei nuclei dell'epitelio renale nei sorci bianchi privati dell'alimento e delle bevande, comparativamente con quelli che si trovano al regime normale d'avena. In condizioni normali il volume medio del nucleo delle cellule epiteliali renali è di 135 μc, 13; nell'inanizione assoluta producente una perdita del peso del corpo eguale al 28,2 0|0 è eguale a 124 μc, 12. Dunque la perdita del volume del nucleo delle cellule epiteliali del rene è in media di 8,15%.

5. London. **Effetti dell'ablazione delle differenti parti del cervello sull'immunità dei piccioni verso il carbonchio.**—Dalle sue esperienze egli è indotto a concludere che la causa della perdita dell'immunità dei piccioni di fronte al carbonchio risiede nelle modificazioni del sistema nervoso centrale dovute all'operazione. Vide che iniettando un'emulsione preparata con sostanza cerebrale i piccioni privati degli emisferi non riacquistavano l'immunità perduta. Gli emisferi cerebrali, quindi, non neutralizzano in questo caso il virus carbonchioso nell'organismo del piccione, come si crede a proposito della tossina tetanica. Ha potuto vedere che nei piccioni privati di emisferi cerebrali la sensibilità per il carbonchio diminuisce alla lunga. Ciò potrebbe essere attribuito a ciò che le parti del sistema nervoso rimaste intatte ricuperano poco a poco il loro stato normale. Ha potuto ancor vedere che l'ablazione parziale degli emisferi rende i piccioni meno sensibili al carbonchio di quello che sarebbe se loro si asportasse tutto il cervello. Infine, crede che gli emisferi cerebrali si mostrano molto meno attivi nella lotta immediata contro l'infezione carbonchiosa del cellulare sotto-cutaneo.

6. Kraïouchkine. **Le vaccinazioni antirabbiche a Pietroburgo.**—Nel 1897 si presentarono alla sezione della cura preventiva della rabbia all'Istituto Imperiale di medicina sperimentale 467 individui morsicati da animali. Tra questi 62 non sono stati sottomessi alle vaccinazioni antirabbiche perchè non si credette conveniente.

I bambini fornirono il contingente principale (149); poi gli uomini (125); infine le donne (85). Tra le persone curate, 3, morse da cani, soccombettero all'affezione rabbica. Tra gli animali morsicatori si notò 302 volte il cane, 45 volte il gatto, 2 volte il lupo, 6 volte il cavallo, 4 volte la vacca.

QUISTIONARIO

RISPOSTE A DOMANDE E QUESITI DEGLI ABBONATI

QUESITO

Domanda. — Potreste indicarmi un buon manuale pratico (possibilmente illustrato) di patologia e terapia oculare, adatto ai bisogni del medico condotto?

Risposta. — Un manuale breve, pratico illustrato e ben fatto di patologia e terapia oculare è quello del Silex con prefazione pel prof. De Vincentiis. Un trattato classico, ma molto ampio, è quello di Fuchs con prefazione dello stesso De Vincentiis.

FORMULARIO

***Brocq.*—Sciroppo composto contro la psoriasi**

Arseniato di sodio	gr.	0,06
Salicilato di sodio	»	3
Bicarbonato di sodio	»	8
Sciroppo di genziana / » di saponaria	ana »	125

Un cucchiaio da zuppa dopo ogni pasto.

***Silbermiatz.* — La resorcina nella cura delle vegetazioni degli organi genitali.**

Collodion ricinato	gr.	80
Resorcina	»	80

per pennellazioni.

***Kuhn.* — Cura dei cancroidi**

Acido cromico	gr.	1
Acido arsenioso	»	0,05

per pennellazioni.

NOTIZIE E VARIETÁ

La cura chinese della difterite

La cura che ancora adoperano i chinesi nella difterite si compone di tre parti: 1° Una polvere destinata ad essere adoperata localmente; 2° Una pozione; 3° Un regime appropriato. La mortalità dei casi di difterite vera, curati col metodo chinese non sarebbe infatti, che del 20 per cento.

L' infanticidio e l'aborto in China

L'infanticidio e l' aborto in China sono in pratica quotidiana. L'infanticidio non interessa che le femine; le sue cause sono sovratutto la miseria e la superstizione. Le anime di queste bambine, credono i chinesi, ritornano poi nel corpo di un giovane. La poca stima che s'ha del sesso feminino, congiunta al diritto di vita e di morte quasi legale, che il padre ha sulla prole, è la causa poi più forte dell' infanticidio. Questo è deciso da una specie di consiglio di famiglia ed è la levatrice che lo compie. Malgrado le ordinanze del Vice-re, l' infanticidio progredisce sempre più; anco le ordinanze dei filosofi chinesi falliscono; finora i risultati più positivi sono stati ottenuti dall'*Opera della Santa Infanzia.*

CONCORSI E CONDOTTE

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario di dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica nella Università. Scadenza 8 settembre.

Palermo. Concorso al posto di professore straordinario di anatomia comparata nella Università. Scadenza 8 settembre.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Parma. Concorso al posto di professore ordinario di zoologia, anatomia e fisiologia comparata nella Università. Scadenza 30 luglio.

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Candela (Foggia). Popolazione 6179. A tutto luglio è aperto il concorso al posto di medico-chirurgo ostetrico-necroscopo, con lo stipendio di lire 2500. Età non superiore ai 40 anni.

Monticello Alba. (Cuneo). Popolazione 2083. A tutto luglio aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica collo stipendio di L. 1200 compreso l'onorario come ufficiale sanitario.

Poliambulanza di Porta Tenaglia in Milano. — Concorso ai posti di Dirigenti le sezioni di odontoiatria, nevropatia e delle malattie chirurgiche genito-urinarie. Sono pregati coloro che volessero concorrere di voler inviare domande e titoli al Consiglio direttivo della Poliambulanza di Porta Tenaglia (Piazzale Mercato, 3).

Roma. (Ministero della Guerra). Concorso per titoli alla nomina di 40 sottotenenti medici del Corpo sanitario militare. Per maggiori schiarimenti rivolgersi al Ministero della Guerra. Scadenza 20 luglio. Potranno essere ammessi al concorso i sottotenenti di complemento che non abbiano superato i 30 anni di età.

Quistello. (Mantova). Condotta medico-chirurgica ostetrica per i soli poveri di S. Giacomo. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 20 luglio.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SULL'ENDOCARDITE ULCEROSA MALIGNA

Nell'endocardite ulcerosa maligna dobbiamo distinguere due categorie di sintomi, quelli cioè che sono causati dalla presenza nell'organismo dei germi patogeni rispettivi, e quelli dovuti alla partecipazione del cuore al processo morboso, ossia alle lesioni organiche indotte nel cuore stesso dai detti microorganismi. Certi sintomi cardiaci però si manifestano lungo o breve tempo prima che i germi della endocardite maligna si stabiliscano nel cuore. Sono questi sintomi che debbono porsi in rapporto con un'affezione cardiaca esistente già prima della penetrazione dei germi, e che perciò mancano nei casi in cui il cuore era sano prima dell' insorgere della endocardite maligna. I sintomi dipendenti dalla penetrazione dei germi patogeni nel cuore sono differenti secondochè essi sono venuti direttamente dal di fuori ovvero sono provenienti da un focolaio morboso esistente già nel corpo. Se questi focolai si trovano alla superficie del corpo, consistono, cioè, in ferite superficiali, furuncoli ecc., è facile riconoscerli ed apprezzare convenientemente il rapporto tra di essi e la malattia cardiaca insorta. La cosa è meno facile quando si tratta di diagnosticare un focolaio che si trova nell' interno del corpo. In parecchi casi non riesce rintracciare il punto per dove sono penetrati i germi patogeni; in essi prima si distingueva l'affezione col nome di spontanea, ma è più conveniente l' espressione di criptogenetica o criptogena. E poichè il *virus* che dà luogo all'endocardite ulcerosa maligna provoca stati morbosi in parte settici, in parte piemici, quella deve naturalmente in principio presentarsi col quadro clinico di una sepsi o di una piemia o di una settico-piemia, finchè non si manifestano i sintomi dovuti allo stabilirsi e svilupparsi dei germi nel cuore. Se i processi setticemici e piemici abbiano la stessa od una differente etiologia non è ancora certo, e del pari dal lato sintomatologico è difficile distinguere nettamente le due fasi ora cennate nel quadro clinico della endocardite maligna. Nella piemia troviamo come reperto costante ascessi metastasici nei vari organi, nei muscoli, nella cute, in seguito ad occlusione embolica dei vasi fatta da materiale infetto, inoltre infiammazioni diffuse delle membrane sierose, parte in rapporto con gli ascessi, parte indipendenti e prodotte dallo stimolo esercitato dal veleno circolante nel sangue, probabilmente per la via dei vasi linfatici. Clinicamente come piemia si indica quella forma di infezione generale, derivante da focolai purulenti primitivi, che è caratterizzata sopratutto da brividi che si ripetono ad intervalli regolari. Nella setticemia trattasi di un'intossicazione icorosa dell'organismo, il quale viene infettato da prodotti di decomposizione più o meno putridi, e decorre con febbre elevata sub-continua a brivido iniziale, stato tifoso, talvolta forte diarrea e collasso. Nel cadavere per lo più non si trovano lesioni anatomiche rilevanti, ma possono anche rinvenirsi infiammazioni od ascessi metastasici (setticemia metastasica, settico-piemia), senza che in vita si sieno avuti brividi, come nella piemia. Pare che d'ordinario i processi di decomposizione nei focolai primitivi sieno dovuti all' infezione da parte di sostanze settiche dell'organismo (ptomaine).

L'Ebstein ha recentemente raccolto parecchi casi di endocardite ulcerosa maligna, e sulla base di essi ha discusso il valore che i singoli sintomi hanno per la diagnosi. La febbre non ha grande valore diagnostico, perchè può assumere caratteri diversi nella stessa forma morbosa. Neppure si può dare grande importanza alla presenza o no di brividi ripetuti: in un'osservazione di Ebstein questo sintomo fece sospettare la presenza di ascessi metastasici multipli, ma in questo caso di endocardite ulcerosa maligna si trovò un aneurisma perforato della tricuspide, ma nessun ascesso in nessun organo. D' altra parte in altri casi Ebstein ha visto che, malgrado l'esistenza di numerosi ascessi, non si ebbe mai un brivido in tutto il corso della malattia. Ciò fa sorgere la quistione che realmente ci sia un nesso causale necessario tra ascessi metastasici e brividi. Le condizioni in cui si possono manifestare brividi nelle malattie sono diverse. Secondo Adamkiewicz si tratta dall'azione specifica di un *virus* su determinati centri nervosi; ma oltre ad influenze chimiche sono in giuoco anche condizioni meccaniche e disposizioni individuali, e poi una serie di altri fattori, come le temperature elevate e di lunga durata, o il rapporto di tempo tra le remissioni e le esacerbazioni ecc. La temperatura può salire fino a 43, ma nei casi avanzati di setticemia criptogenetica può essere anche anormalmente bassa (Laache, Ebstein). Lo stabilirsi dei microorganismi nelle valvole cardiache e le sue conseguenze non influisce notevolmente sul decorso della temperatura. Invece lo stato del cuore ha in-

fluenza sul polso e sul respiro. Il decorso della temperatura non è essenzialmente diverso nella piemia, nella sepsi, e nella settico-piemia. Anche se il cuore partecipa ai processi settico-piemici, come nella endocardite ulcerosa maligna. la temperatura non assume un decorso speciale. E qui Ebstein fa osservare che, oltre agli ascessi causati dalla emigrazione di masse infette in vie circolatorie più o meno lontane, non se ne trovano altri. Ciò indica che gli ascessi metastasici sono dovuti alla emigrazione dei prodotti morbosi che hanno sede nel cuore o nei vasi, non ai germi patogeni per se stessi. Qui Ebstein espone la differenza tra setticemia e piemia, in quanto che nella prima le sostanze infettive circolano o in soluzione od insieme ai microbi e non producono mai nel cuore e nei vasi trombi infettivi, la cui emigrazione è causa di processi suppurativi. Sembrano fare un eccezione i focolai di eliminazione osservati da J. Orth nei reni; ma essi si spiegano facilmente ammettendo che nei reni si accumulano in maggior numero i germi patogeni e così dànno luogo a quei focolai. Nella piemia si tratta di trombi in disgregazione puriforme, che nell'ordinaria piemia traumatica e nella setticopiemia criptogenetica hanno sede nelle vene, nell'endocardite maligna, nel cuore destro o sinistro ed a preferenza nelle valvole. Se queste masse emigrano dal ventricolo sinistro, spiegano la loro azione deleterea d'ordinario esclusivamente nel territorio del sistema aortico, mentre le masse trombotiche provenienti dalle vene o dal cuore destro sono trasportate nei rami dell'arteria polmonare.

Dimodochè i casi di endocardite ulcerosa maligna, in cui mancano ascessi in qualsiasi parte del corpo, debbono classificarsi nella sepsi, mentre quelli in cui esistono ascessi metastasici, nella categoria della settico-piemia. Se i focolai purulenti dei reni debbano intendersi come ascessi metastasici o piuttosto come focolai di eliminazione, in certi casi è molto difficile decidere.

La tendenza alla suppurazione dei focolai secondarî ad endocardite, secondo Weichselbaum è dovuta alla presenza dello stafilococco piogene aureo al *micrococcus endocarditidis rugatus* ed al *bacillus endocarditidis capsulatus*. Nei focolai in cui prevale il carattere necrotico-emorragico si trova, secondo lo stesso autore, lo streptococco piogene, il *bacillus endocarditidis griseus* ed un altro bacillo di Weichselbaum non coltivabile. Il *pneumococcus endocarditidis* può pure dar luogo a grandi depositi valvolari, la quale proprietà hanno pure il *bacillus griseus* ed il *micrococcus endocarditidis*. Nelle endocarditi prodotte da quest'ultimo microorganismo. Weichselbaum osservò emorragie della cute dello stomaco e dell'intestino. Il bacillo tubercolare può concorrere alla produzione della endocardite verrucosa, ma non a quella della endocardite ulcerosa maligna. Con i microorganismi ora cennati non è esaurita la serie dei germi patogeni che possono aver sede nel cuore e nelle sue valvole. Nelle forme di endocardite ulcerosa maligna che stanno in rapporto con l'ascesso del fegato secondario ad angiocolite, si possono trovare nel cuore i germi che dall'intestino sono pervenuti nelle vie biliari e di qui nell'ascesso del fegato (Netter e Martha). Devesi inoltre osservare che la presenza dei germi della suppurazione non è sufficiente per la produzione degli ascessi metastasici, ma è sempre necessaria la presenza di zaffi di natura infettiva che occludano le vie vasali rispettive, ed ha qui grande importanza la disposizione dei vasi, la loro distribuzione, l'ampiezza dei capillari ecc. Ad ogni modo la diagnosi della forma piemica della endocardite ulcerosa maligna incontra molto spesso grandi difficoltà. Si farà la diagnosi, quando i focolai metastasici abbiano tale sede o dieno sintomi così chiari da non esservi alcun dubbio. È qui merita di esser notato che le emorragie retiniche, al pari delle emorragie cutanee e delle mucose non sono un segno che faccia differenziare l'endocardite ulcerosa dalla sepsi o dal tifo addominale. Le difficoltà diagnostiche sono state rilevate anche da quegli autori, che, come Rosenstein, hanno stabilito parecchi tipi clinici della endocardite ulcerosa, come ad es. una forma tifoide ed una piemica, mentre Andrea Petit aggiunge a queste una forma meningitica ed una cardiaca, attenendosi nella descrizione della sintomatologia appartenente alle varie forme, uno schematismo che non risponde alla realtà. Körner insiste poi sulla diagnosi differenziale fra la piemia ed altri processi flebitici, come la piemia otitica ecc. Le affezioni settiche locali, contrariamente alla piemia, si distinguono per un decorso rapido che si chiude con la morte in pochi giorni, preceduta da gravi sintomi cerebrali. La febbre nelle affezioni settiche per lo più è alta e continua, ed i brividi e gli ascessi metastasici possono esserci, ma per lo più mancano. Secondo Körner, la diagnosi differenziale fra otite piemica e settica può farsi solo tenendo presente che quest'ultima ha un decorso molto rapido.

Per Ebstein non è affatto giustificata la distinzione delle cennate forme di endocardite ulcerosa maligna. In tutti i casi si tratta infatti di sepsi o di piemia. e poichè la differenziazione di queste due forme non sempre può farsi al letto dell'ammalato, si può dire anche, senza commettere grave inesattezza, che si tratta in tutti i casi di setticopiemia, la quale del resto, per ragioni ancora non ben chiare, non ha una sintomatologia sempre uniforme. La distinzione di una forma tifosa potrà forse essere giustificata, giacchè l'affezione appartiene a quelle in cui lo stato tifoso non è raro. Ma la forma meningitica non è giustificata, come non lo sarebbe una forma cerebrale, nei casi in cui si hanno pa-

ralisi ed altri fatti cerebrali, dipendenti da lesioni materiali. Del resto con questo sistema sarebbe facile distinguere anche una forma gastrica, una intestinale, una epatica della endocardite ulcerosa maligna. Riguardo alla forma cardiaca ammessa da Petit, ossia quella caratterizzata prevalentemente da fenomeni cardiaci, come dolori precordiali, palpitazioni, dispnea, disordini del ritmo polmonare, fatti che stanno in nesso con lo sviluppo di notevoli vegetazioni endocardiche, Ebstein osserva che in questi casi esistevano già fenomeni morbosi da parte del cuore prima che insorgessero i sintomi di endocardite ulcerosa, maligna, e quindi si tratta dello sviluppo di questa forma su di un' affezione cardiaca già esistente.

Riassumendo lo studio clinico di Ebstein sull'endocardite ulcerosa maligna, si può dire che questa forma può assumere un decorso acuto, subacuto e cronico, senza che ci sieno differenze costanti e determinate nel quadro clinico. Quanto più presto si hanno fenomeni cerebrali gravi, tanto più rapidamente sopraggiunge l' esito letale. Il segno classico della malignità di un processo endocarditico localizzato alle valvole non sta nei fenomeni riferibili al cuore, ma nei fatti generali. In primo luogo deve tenersi conto della temperatura, che si distingue non tanto per la sua elevatezza, quanto per i grandi sbalzi e per il modo di comportarsi atipico. Quando non si possono dimostrare lesioni endocarditiche nè alcun'altra localizzazione, non resta che far diagnosi di settico-piemia criptogenetica. Se esistono uno o parecchi focolai a cui può essere riferita la febbre, si presentano gravi difficoltà nel porre la diagnosi. Riguardo al valore che hanno i brividi Ebstein è di avviso che la comparsa di uno o parecchi brividi iniziali non permette un giudizio diagnostico, e neppure la manifestazione di brividi ripetuti autorizza ad ammettere con certezza ascessi metastasici o processi embolici che abbiano dato luogo ad infarti, e legati ad una forma di endocardite ulcerosa maligna. La forma piemica di questa malattia può essere riconosciuta, quando si può dimostrare per altra via l'esistenza di suppurazioni metastasiche.

La diagnosi della forma tifoide della endocardite ulcerosa maligna è permessa solo, quando si è dimostrato che non esistono altri processi morbosi, che per se possono dar luogo allo stato tifoso. Resta però sempre indeciso se questo sia un fenomeno parziale dell' intossicamento generale dell' organismo o dipenda da lesioni materiali del cervello. In questi casi possono trarsi criteri dall'esame batteriologico del sangue e di certi prodotti morbosi (liquido cerebro-spinale) e nello stesso tempo dalla esistenza o no di processi suppurativi nell'organismo.

BIBLIOGRAFIA

Weichselbaum. *Ziegler's Beiträge* 1888. — Moritz. *Inaug. Dissert.* Zürich 1897. — Guttmann. *Inaug. Dissert.* Göttingen 1896.—Sahli. *Deutsches Archiv f. klinische Medicin*, 1893. — Heubner. *Archiv f. Heilkunde* 1868. — Adamkiewicz. *Berliner klinische Wochenschrift* 1898. Jürgensen. *VII Congr. f. innere Medicin*, Wiesbaden 1888. — Koch. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1897. — Petruschky. *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1893. — Netter et Martha. *Archiv de physiologie* 1886.—Ebstein. *Deutsches Archiv f. klinische Medicin*, Bd. 63, H. 3 e 4.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli
diretto dal prof. CACCIOPPOLI

TREDICI LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME

Contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore

Dottor Enrico D' Ursi

(*Cont. V. num. prec.*)

Nelle ferite contuse del fegato, che debbonsi trasformare in ferite da taglio per suturarle o per perdita di sostanza, e se la lesione risiede sul lobo destro non è affatto possibile far ben coattare le superficie cruente senza lacerazione delle stesse. Per questa ragione nelle ferite della convessità del fegato propongo comprendere nella sutura epatica anche il diaframma. Descrivo sul torace un lembo rettangolare colla base in alto, e perciò circoscritto da tre incisioni, due parallele che corrispondono alla parasternale ed ascellare anteriore estese dal quarto al settimo spazio intercostale, e la terza che interessa a tutta spessezza il settimo spazio intercostale tra le due precedenti. Nei primi due tagli arrivo sino alle costole, che vengono contemporaneamente scontinuate d'ambo i lati con una sega di Gigli, e dopo sollevando il lembo di basso in alto completo i due tagli col bistori bottonato. Le arterie intercostali vengono allacciate a misura che capitano sotto il coltello. Spostato il polmone e risecato un cuneo di fegato con una base di due centimetri per sei e dell'altezza di quattro centimetri eseguo la sutura in massa del fegato e diaframma nel seguente modo. Un grosso ago ricurvo da laparotomia, armato di seta ritorta abbastanza grossa, viene introdotto dalla superficie convessa del fegato, da un lato della ferita, attraverso successivamente il diaframma e tessuto epatico, lo fo emergere dal fondo della ferita, e da questo lo lascio fuoriuscire attraverso la superficie del fegato e diaframma dell'altro lato della ferita collo stesso ago e

filo di seta rientro nel diaframma e fegato seguendo un cammino inverso e parallelo al primo, a tre centimetri da questo. Risulta da ciò un ansa di seta con la convessità da un lato della ferita e con i due estremi dall'altro; or tirando su di essi le superficie cruente del fegato si coattano esattamente senza lacerazione alcuna dell'organo.

Il numero delle anse di sutura così applicate varia a secondo l'estensione della ferita. Questa sutura è quella detta incavigliata ove agisce da cilindri d'appoggio all'ansa di seta il diaframma invece di un tubo di gomma o catetere come un tempo facevasi per la sutura delle masse muscolari nei monconi di amputazione e nelle ferite lacere del primo etc. prima che l'antisepsi avesse permesso la sutura a strati. Questa sutura eseguita su cadaveri in via di putrefazione e specialmente su quelli con fegato grasso è sempre riuscita senza lacerazione del tessuto epatico.

Durante la detta sutura per evitare ulteriore perdita di sangue si eseguirà la compressione del legamento epato-duodenale. Per poterlo raggiungere a destra ed in fondo all'epigastrio bisogna stabilire come punto di ritrovo il lobo sinistro del fegato ed il restringimento anulare del piloro che si presenta duro e contratto all'operatore.

Secondo il Sedillot lo stomaco nello stato di vacuità si trova affondato sotto e dietro il diaframma, nascosto e coperto dal lobo sinistro del fegato, dal colon trasverso, che ascende fino al diaframma, da una porzione del grande epiploon, e dal margine superiore della milza. Di modo che trovato il lobo sinistro del fegato, se ne segue la superficie laterale sino al diaframma: sotto questo muscolo s'incontra lo stomaco, si sente il restringimento pilorico, che si tira in fuori mentre un assistente sposta il colon trasverso in basso ed all' indietro. Resta il ligamento epato-duodenale in questo modo aggredito e disteso. Esso viene affidato alle dita dell'assistente o ad una pinza con le branche rivestite di gomma per la compressione temporanea.

Per eseguire la detta compressione è necessario prolungare il taglio interno o parasternale in basso, del margine esterno del retto addominale di destra.

Il lembo toracico si rimette a posto con sutura a strati onde conservare al torace la forma e la resistenza della sua parete.

Passo ora allo studio della vena cava inferiore facendo delle ricerche anatomiche circa gli interventi operativi, che su di essa possono capitare.

Per facilitarmi lo studio l'ho diviso in tre porzioni, le quali assumono importanza progressiva per i rapporti che acquistano a misura che si allontanano dall'origine della vena cava inferiore lato destro della quinta vertebra lombare, allo sbocco della stessa nel seno destro.

Queste tre porzioni, che sempre più si allontanano dalla parete anteriore dell'addome a misura che la cava ascende verso il bordo ottuso del fegato, denomino il tratto inferiore lombo duodenale, il tratto mediano duodeno-epatico, ed il tratto superiore epato-cardiaco.

La porzione inferiore o lombo-duodenale si estende dall'origine della cava al margine inferiore della terza porzione del duodeno, la porzione media o duodeno-epatica si estende dal margine inferiore del duodeno al segmento posteriore del solco epatico longitudinale di destra, infine la epato-cardiaca è quel tratto che dopo aver occupato la porzione posteriore del detto solco epatico ed il bordo ottuso del fegato si porta al cuore dopo attraversato il diaframma.

Queste tre porzioni della vena cava inferiore si possono limitare sulla parete anteriere dell'addome e torace; riesce però difficile farlo per il limite superiore della prima porzione.

Infatti il segmento inferiore o lombo-duodenale essendo ricoverto in alto per la metà o i due terzi esterni (Testut) dalla porzione discendente del duodeno in corrispondenza della seconda o terza vertebra lombare, il suo limite superiore verrebbe tracciato sulla regione dei retti addominali da una linea trasversa al tronco, che passa tra il terzo medio e terzo inferiore della linea xifo-ombelicale. Questo limite va nel caso che il duodeno conserva la forma anulare, che secondo Ionnesco si verifica sempre nei bambini.

Però la stessa porzione della cava inferiore che è appena coverta dal margine posteriore del mesentere si va riducendo a secondo la forma del duodeno. Così nell' età adulta il duodeno piglia talvolta la forma ad U altra volta a V. Nella forma ad U, dovuta al fatto che la porzione trasversale riceve perpendicolarmente la parte discendente ed ascendente

la vena cava inferiore resta perfettamente coverta e nella forma a V del duodeno anche le confluenti di detta vena od iliache primitive sono nascoste dall'apice del V duodenale perchè questo arriva fin sopra il corpo della quinta vertebra lombare.

Come vedesi per conservare il limite superiore di questo primo tratto di cava addominale bisognerà nei due ultimi casi farlo artificialmente sollevando la terza porzione del duodeno o l'apice del V duodenale.

La seconda porzione della cava inferiore o p. duodeno-epatica sarebbe limitata convenzionalmente in basso dalla linea che passa tra terzo medio e terzo inferiore ed in alto da una linea, che passa per la base dell'appendice ensiforme, la quale corrisponde indietro all'undecima vertebra dorsale.

Per rintracciare tale confine superiore ho cercato determinare a destra della porzione mediana della parete addomino-toracica la linea di riconoscimento del ligamento epato-duodenale importante per le produzioni anatomiche che racchiude come canale coledoco, arteria epatica e vena porta. L'iniezione inferiore di questo ligamento si continua sul piloro, il quale mi è servito di guida appunto nella ricerca, che mi sono proposta. Si sa che il piloro corrisponde in fuori della linea mediana della parete anteriore dell'addome, sul prolungamento della marginale dello sterno, e come livello secondo gli esperimenti di Ionnesco riconfermati da C. Manguidi, alla linea circolare del tronco, la quale passa tra terzo superiore e terzo medio dello spazio xifo-ombelicale. L'incontro adunque della marginale dello sterno prolungata con la detta linea circolare segna sul bordo esterno del retto di destra, il limite superiore del piloro, che profondamente corrisponde alla prima vertebra lombare. Bisognava trovare inoltre sulla parete anteriore del torace il sito corrispondente all'ilo del fegato.

In varii cadaveri ben conformati e disposti orizzontalmente sul tavolo anatomico, ho introdotto mediante uno squadro perpendicolarmente un acuminato e lungo punteruolo, altra volta ho eseguito la cucitura del cadavere con un punteruolo terminante con l'estremo libero a crua, sempre sul margine superiore della 6. cartilagine costale di destra in corrispondenza del suo incrocio colla parasternale dell'istesso lato, e con questo metodo m'è sempre riuscito di penetrare nell'ilo del fegato in prossimità del solco longitudinale di sinistra. Non mi è mai successo di ferire la cava inferiore od il bordo ottuso del fegato, laddove ho ferito spesso la vena porta. Ora se si congiunge il punto di ritrovo del piloro sul margine esterno del retto di destra con quello che risponde all'ilo epatico, determinato dallo incontro della parasternale colla 6. cartilagine costale al margine superiore, si può segnare sulla parete toraco-addominale una linea obliqua in alto ed in fuori, alla quale risponde la vena porta, e più profondamente ed un poco più verso la linea mediana un tratto della cava inferiore, la quale in un punto del cavo addominale, presso a poco corrispondente al limite superiore di tale linea, si applica nel solco epatico di destra, segmento posteriore.

Il limite superiore della linea testè tracciata risponde posteriormente alla undecima vertebra dorsale. Infatti se si congiungono i due punti d'incontro delle parasternali col margine superiore della 6. costola, questa linea di unione passa per la base dell'appendice xifoide e quindi risponde alla undecima vertebra dorsale. Questo dunque è il limite superiore del tratto mediano della cava inferiore detto epato-duodenale.

Infine l'ultimo tratto di detta vena o p. epato cardiaca, che corrisponde in basso a livello dell'undecima vertebra dorsale, in alto termina nell'orecchietta destra al 5 spazio intercostale di destra, marginale dello sterno, corrispondendo in dietro a livello della ottava o nona vertebra dorsale.

Questo, che ho dimostrato conficcando un punteruolo nel torace sul margine dello sterno a livello della quinta cartilagine costale sino a raggiungere la colonna vertebrale trova la riconferma nelle osservazioni del Tillaux il quale all'attacco della quinta costola in avanti fa corrispondere indietro la nona costola e per essa l'ottava e nona vertebra dorsale.

Il Giacomini nel determinare la sede dell'aja cardiaca traccia un piano trasverso al tronco che parte dall'apofisi spinosa della ottava vertebra dorsale, e questo piano taglia la cava inferiore sulla cupola diaframmatica. Ogni differenza che risultasse da osservazioni di altri dipende dalla sporgenza dell'angolo del Luy e del metodo dell'investigazione.

Infatti se l'angolo del Luy è molto accen-

tuato, lo spazio che decorre tra fossetta del giugulo e scrobicolo del cuore è ristretto, ed allora accentuandosi per questo la curva del segmento dorsale della colonna vertebrale lo estremo terminale della cava inferiore risponderà alla decima e perfino all'undecima vertebra dorsale.

Circa poi il metodo d'investigare sul cadavere credo che, quello della congelazione se è pregevole a conservare i rapporti che passano tra i varii organi cavitari riuniti da connettivo e fasce, è infido a dimostrare quelli che passano tra i detti organi e l'impalcatura scheletrica del tronco. Questo dipende dal fatto che i liquidi congelati aumentano di volume ed allora tutti quegli organi che ne contengono abbondantemente come il fegato e milza per il sangue, il cuore se è circondato da idropericardio, la tabe dei pulmoni se vi è ipostasi cadaverica diffusa o catarro bronchiale, congelandosi aumentano di volume, si spostano dal sito che occupano, ed i loro rapporti coll'impalcatura scheletrica debbono variare a danno del ricercatore.

Il miglior metodo di ricerche anatomiche è quello adunque della cucitura del cadavere.

La cava inferiore è in rapporto in dietro con la colonna vertebrale della quale è separata dal cordone del g. simpatico, arterie, vene lombari, col pilastro destro del diaframma. In avanti si mette in rapporto mediante la prima porzione col margine posteriore del mesentere, mediante la seconda porzione è ricoverta del colon ascendente, colon trasverso e foglietto inferiore del mesocolon trasverso in un primo strato, poi dalla porzione discendente del duodeno, che a sua volta corrisponde alla parte interna della faccia anteriore del rene destro, che talora vi aderisce intimamente, in un terzo strato trovasi il dotto coledoco, i dotti escretori del pancreas a sinistra ed in alto la testa del pancreas. Questo stesso tratto mediano prima d'arrivare al fegato si mette in rapporto in avanti coll'angolo epatico del colon ed il ligamento epato-duodenale e corrisponde al hiatus di Winslow che é circoscritto in avanti dal ligamento epato-duodenale, in dietro dalla cava inferiore, in basso dalla prima porzione del duodeno e dalla porzione orizzontale dell'arteria epatica, in alto dal prolungamento anteriore del lobo dello Spigelio.

L'ultima porzione della cava addominale è nascosta dal fegato per il segmento posteriore del solco longitudinale di destra, dal bordo ottuso del fegato: ove viene compresa tra i due foglietti del ligamento coronario ed infine attraversando il *foramen pro vena cava* del diaframma, penetra tra la lamina fibrosa del pericardio e la sierosa di questo per sboccare nell'orecchietta destra.

Lateralmente poi la vena cava si mette in rapporto con l'aorta, all'infuori successivamente col muscolo psoas e margine interno del rene destro. A livello del diaframma aderisce intimamente all'anello fibroso che attraversa; il pericardio poi le forma una specie di guaina colle sue due lamine: la fibrosa e la sierosa.

Stabiliti così i rapporti anatomici di ciascun segmento della vena cava inferiore passo alle applicazioni pratiche di chirurgia.

In caso di ferita del tegumento inferiore della sopradetta vena si potrà scegliere il metodo transperitoneale perchè spostato a sinistra il pacchetto intestinale, non resta che incidere solo la lamina destra del mesentere per poterla facilmente suturare.

In caso di ferita del tratto mediano è da preferirsi il metodo extraperitoneale incidendo sulla regione lombare destra, poichè colla dissezione del peritoneo parietale di detta regione riuscirà facile al chirurgo di spostare in avanti tutte le produzioni anatomiche, che si trovano anteposte a questo tratto venoso ed in massa senza alterarne cioè i loro reciproci rapporti. Lo stesso taglio con la resezione dell'ultima costola dà spazio sufficiente per operare su quel tratto della cava nascosto dal solco *pro vena cava* del fegato. Con questo stesso taglio della regione lombare si pratica facilmente la flebo-anastomosi termino-laterale della porta nella cava inferiore in seguito a recisione completa della vena porta e nel caso che si volesse applicare tale angio-anastomosi per cirrosi epatica.

La comunicazione della porta nella cava inferiore è stata eseguita su i cani da Queirolo, essa è completa nel senso che tutto il sangue portale si versa nella cava addominale. Il metodo transperitoneale non presenta nessun vantaggio rispetto a quello extraperitoneale col taglio della regione lombare ove si volesse agire sul tegumento mediano della cava inferiore o p. epato-duodenale. Difatti bisognerebbe incidere il ligamento

epato-colico ed uncinare il ligamento epato-duodenale tirandolo in avanti ed a sinistra, il che importerebbe riduzione dello spazio epato-duodenale a causa del ravvicinamento degli attacchi del ligamento omonimo, o pure bisognerebbe dissociare gli elementi anatomici che si comprendono nel detto ligamento oltre il pericolo di lederli. Questo metodo extraperitoneale è sopratutto in questa sede difficoltoso per la profondità della vena, che si discosta moltissimo dalla parete anteriore dell'addome, onde bisognerebbe incidere ampiamente per riuscirvi a stento, laddove col metodo extraperitoneale lombare si arriva subito sulla vena cava e porta.

Nel caso di ferita di quel tratto di vena cava compreso tra le due lamine sierose del ligamento coronale, sul bordo ottuso del fegato, in corrispondenza della fusione della porzione lombare con quella costale del diaframma, non sarebbe possibile accedervi dalla via sottodiaframmatica senza distruggere i ligamenti saggittale e coronale, laddove col metodo transpleurico sarà facilissimo rintracciare la ferita in questo minimo tratto della cava addominale. Questo processo operativo viene indicato dal fatto che le ferite della porzione epato-cardiaca della cava inferiore interessano il torace, e perciò il chirurgo penetra nel torace facendovi un lembo osteocutaneo, poi spinto il pulmone in alto, inciderà il diaframma attraverso la sua ferita e seguendo l'origine della sorgente emorragica egli sarà agevolmente condotto tra le lamine del ligamento coronale, ove si può dire che trovasi quasi tutta l'ultima porzione della cava inferiore.

Sono di guida la pulsazione del cuore, la compressione della cava con le dita su quel tratto che decorre tra le lamine fibrosa e sierosa del pericardio, infine il margine fibroso del foro quadrilatero del diaframma.

(*Continua*)

Movimento biologico universale

1. De Obacrio ha studiato « **l'intensità luminosa dei colori nell'acromatopsia totale isterica.** » Contrariamente a quello che si osserva nei fatti di acromatopsia congenita, l'intensità luminosa era la stessa di quella di una persona normale. È probabile che i colori sono realmente percepiti, ma che l' ammalato fa attrazione mentale delle sensazioni dei colori. (*Societè française d'ophtalmologie*, 1899).

2. Iaval si occupa dei « **miotici e del glaucoma** ». L'eserina aumenta certe volte i dolori e la tensione nel glaucoma prodromico. È preferibile adoperare la pilocarpina, ma bisogna graduarne l'uso. Durante l'accesso si darà una soluzione al 1|50 e quando l' accesso è passato, una soluzione al 1|100. Quando tutto è finito, si ricorrerà ad un collirio debole al 1|200, instillato 3-4, volte al giorno. Negli accessi dolorosi si potrà giovarsi dei buoni risultati di una iniezione di morfina alla tempia. (*Societè française d'ophtalmologie*, 1899).

3. Comba, descrive un caso di « **congiuntivite ed angina pseudo-membranosa** » da diplococco di Fränckel, osservato in un lattante. La diagnosi clinica fu di congiuntivite difterica, ma il reperto batteriologico, mostrò la presenza nelle pseudo-membrane di diplococci capsulati. La cura quindi consistette nel distacco quotidiano delle pseudo-membrane ed in lavande con una soluzione allungata di sublimato corrosivo (1 : 5000). Però continuarono a riprodursi le false membrane, e la bambina andò via dalla clinica colla cornea sinistra bianco-opacata, e con stafiloma anteriore di alto grado nell'occhio destro. (*La Settimana medica*, n. 26, 1° luglio 1899).

4. Mayer, si occupa dello studio delle « **cisti intraoculari** ». Dopo di aver parlato delle varie teorie emesse sulla genesi delle medesime, tratta di un caso di cisti emorragica del corpo ciliare, la quale spontaneamente andò a guarigione. Le cisti intraoculari sono piuttosto rare, la loro struttura istologica varia a secondo la sede e a secondo la natura (cisti emorragica, cisti da echinococco etc.). (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 27, 4 luglio 1899).

5. Trantas tratta delle « **lesioni oftalmoscopiche dei leprosi** ». Esaminando sistematicamente dal punto di vista oftalmoscopico un certo numero di leprosi ha osservato varie lesioni, sia del fondo dell' occhio associate o non ad altre lesioni oculari (lepromi sclero-corneali, iridocicliti) sia macchie isolate bianche o nere con sede in vicinanza dell'*ora serrata* senza produrre quasi alcun disturbo funzionale. Qualche volta ha costatato lesioni gravi. Queste non si possono attribuire che alla lepra, perchè gli ammalati non soffrivano altra diatesi. Secondo During le lesioni oftalmoscopiche, quando esistono, permettono di fare la diagnosi differenziale fra la lepra e la siringomielia. In questa malattia non vi sono mai affezioni oculari. (*Societè française d'optalmologie*, 1899).

6. Frugiuele fa uno studio clinico « **sulle cause del ritardo di cicatrizzazione negli operati di cataratta.** » Conclude che le cause

determinanti, il ritardo di cicatrizzazione negli operati di cataratta risiedono principalmente nella sede, nelle anfrattuosità delle labbra, nel processo di cicatrizzazione stesso della ferita, a cui aggiunge, per un buon numero di casi e forse per la maggior parte, un aumento post-operativo della tensione endoculare. Tutte le altre cause, comprese le diatesi, crede che debbano essere considerate solamente e semplicemente come predisponenti. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, fascicolo 12, 30 giugno 1899).

7. MARTUSCELLI studia la « **rinite caseosa vera e la pseudo-rinite caseosa** ». Conclude che: 1. La rinite caseosa è malattia a sé ed è dovuta ad uno speciale microorganismo, che con ogni probabilità sarebbe la *streptotrix alba*. 2. Non è da confonderla con la pseudo-rinite. 3. Quasi tutte le forme descritte dagli ultimi osservatori, ad es. le recenti dell'Arslan, sono di pseudo-riniti e non di vera rinite caseosa. 4. Richiama l'attenzione dei colleghi specialisti sulle sue ricerche perché seguissero e controllando ripetessero i suoi studi ed esperimenti. 5. Per la indagine della patologia di questa lesione, oggi non si può fare a meno delle ricerche batteriologiche; solo esse saranno al caso di decidere se il batterio filamentoso del Sabrazès sia o pur no, l'istesso microorganismo coltivato e descritto da Guarnaccia, microorganismo che al giudizio del prof. de Giaxa apparterrebbe al genere *streptotrix alba* (Rossi-Doria) o Foersterii (Cohn - Gasperini) (*Archivii italiani di Laringologia*, fascicolo 3, 1899).

8. PISENTI fa delle considerazioni « **intorno a due casi di catarro tracheale emorragico** » Fa rilevare che in tutti e due i suoi ammalati vi è qualche cosa che indica una debolezza ereditaria dei vasi venosi e crede che di questo fattore, di questa costituzione particolare dell'albero venoso che porta ad una dilatazione dei vasi, ad un assottigliamento delle loro pareti, ad una minore loro resistenza si debba tener nella interpretazione dei fatti messi in luce dal Massei nella patogenesi di questa forma morbosa. (*Archivii italiani di Laringologia*, fasc. 3, 1899).

9. SAITTA descrive « **un caso di frattura della cartilagine tiroide**. Stima che l'esame laringoscopico in questi casi può venire a diradare qualunque dubbio che possa sorgere nella diagnosi ed a correggere ed illuminare il giudizio dell'osservatore. Inoltre bisogna sempre arrischiare qualunque ardita operazione, principalmente perchè i poveri infermi abbandonati a loro stessi vanno incontro sempre ad esito letale. (*Archivii italiani di Laringologia*, fascicolo 3, 1899).

10. TRUFFI porta un contributo alla « **questione del pemfigo fogliaceo** ». Dopo di aver riassunte le idee che intorno al pemfigo hanno dominato da Cazenave ai giorni nostri, espone le storie cliniche di due casi di forme cutanee fogliacee, osservate nella clinica dermosifilopatica di Pavia, e conchiude di risuscitare la denominazione di pemfigo fogliaceo, che offre notevoli vantaggi, non così però come l'hanno usata Besnier, Brocq e Tommasoli. (*Il Morgagni*, parte I, n. 5, maggio 1899).

SEMEIOLOGIA MODERNA

I disordini della deambulazione nell'emiplegia organica, studiati con il cinematografo.

La cronofotografia, creata da Janssen Muybrige e Marey, è destinata a rivelarci un mondo nuovo nel dominio delle scienze biologiche. Il Muybrige, mediante una serie di apparecchi fotografici, ha studiato il cammino del cavallo. Le sue esperienze, verificate in seguito dal Marey, hanno mostrato delle attitudini interessanti nel cammino dei varii animali, sia nella corsa, nel salto, ecc. Ma sono le ricerche del Marey sulla deambulazione normale dell'uomo, confermate e completate da Demény, Paul Richer e Londe, che hanno attratto l'attenzione degli autori sui caratteri del cammino normale dell'uomo.

Per la deambulazione patologica, all'infuori di qualche studio sommario di Demèny e Quènu sull'atassia, mancano dei documenti raccolti mediante il nuovo metodo. Il Gilles de la Tourette, usando il metodo delle impronte per lo studio del cammino nelle malattie nervose, ha segnalato qualche fatto interessante, che oggi il Marinesco ha potuto confermare mediante la cinematografia Lumière.

Prima di cominciar la descrizione di questi disturbi, è necessario esporre qualche considerazione sulla deambulazione normale. Benchè lo studio di questa sia principiato con il Borelli nel 1680, dobbiamo in gran parte le nostre conoscenze attuali al Marey, Paul Richer e Londe. Lo elemento essenziale del cammino è il passo, il cammino non essendo che una successione di passi. Il passo, secondo il Littré, è l'azione di mettere un piede avanti all'altro per camminare. Marey dice che esso è la serie dei movimenti che si effettuano nell'intervallo di due posizioni simili dello stesso piede, di modo che il passo corrisponde in realtà a due passi, tali quali s'intendono nel linguaggio ordinario.

Il Richer accetta la definizione del Marey, ma crede preferibile di conservare il nome di doppio passo, che ha il vantaggio di non cambiare nulla al significato generalmente ammesso.

Dal punto di vista dei disturbi del cammino nelle affezioni del sistema nervoso, è necessario distinguere il passo semplice dal passo doppio.

Il primo si riferisce ai movimenti che un piede

fa mettendosi davanti all' altro per camminare. Il secondo abbraccia la serie dei movimenti che si eseguono tra due posizioni simili di uno stesso piede. Con il Richer si può quindi ammettere nel passo semplice un periodo di doppio appoggio ed un periodo di appoggio unilaterale. Il doppio appoggio esiste tanto all'inizio del passo che alla fine, mentre che l'appoggio unilaterale comprende le fasi intermediarie. Le differenti fasi del passo semplice sono: 1° periodo del doppio appoggio; 2° passo posteriore; 3° momento della verticale; 4° passo anteriore. Le tre ultime fasi costituiscono il tempo dell'appoggio unilaterale.

Durante la fase del doppio appoggio, i due piedi poggiano contemporaneamente sul suolo e non lo toccano mai per tutta la loro lunghezza (Richer); si può anche dire che è rarissimo che un sol piede si appoggi sul suolo in tutta la sua estensione mentre l'altro lo tocca ancora, comunque lievemente. Questa particolarità è importantissima dal punto di vista dei disturbi del cammino nell'emiplegia. Nel periodo del doppio appoggio il corpo poggia con il tallone del piede anteriore e sulla punta del piede posteriore; la gamba posteriore è leggermente flessa; quanto alla gamba anteriore il Richer ammette che sia ancor flessa, ma ad un grado meno accentuato.

Con il passo posteriore comincia il periodo dello appoggio unilaterale; la gamba anteriore si fissa mentre la posteriore diviene oscillante. Al momento stesso in cui comincia il passo posteriore, la gamba appoggiata s'inchina in modo da fare abbassare le dita del piede. Nello stesso tempo la gamba appoggiata si raddrizza sempre più, di modo che essa è in estensione completa al momento della verticale, estensione che si esagera durante il passo anteriore per non cessare che alla fine del passo. La gamba posteriore oscillante si flette sempre più lungo tutta la durata del passo posteriore, la flessione diminuisce al momento della verticale e durante il passo anteriore, alla fine del quale l' estremità arriva in estensione per trasformarsi di nuovo in gamba appoggiata. Al momento della verticale la gamba appoggiata é estesa e la gamba oscillante, che l'incrocia, è flessa.

I movimenti del tronco nella deambulazione normale, benissimo studiati dal Richer, sono numerosi; due sono particolarmente interessanti dal punto di vista dello studio dell' emiplegia: i movimenti antero-posteriori ed i movimenti laterali. I movimenti d' inclinazione in avanti ed in dietro, quantunque pochissimo accentuati nella deambulazione normale, purnondimeno esistono. Se si considera l' asse del tronco nelle differenti fasi del passo, si vede che durante il passo posteriore il corpo pende all' indietro, che sta allo innanzi durante il passo anteriore e che al momento della verticale e dei doppi appoggi è sensibilmente verticale. I movimenti laterali consistono nell' inclinazione che fa inclinare l' alto del tronco dal lato della gamba appoggiata.

Questa inclinazione laterale ha per effetto d'abbassare la spalla corrispondente, mentre l'altra si eleva.

Il suo massimo d' ampiezza è raggiunto al momento della verticale ed il raddrizzamento si opera durante la fase del doppio appoggio. L'inclinazione si riproduce dall'altro lato.

L'analisi rigorosa del doppio passo nell'emiplegia ci mostra che le due metà di un passo completo sono assimmetriche, di lunghezza ineguale; ma non si può dare a tal riguardo una formula generale, perchè ora é il passo malato che é più lungo del sano, ora avviene l'inverso.

È raro che la lunghezza dei due passi sia presso a poco eguale come allo stato normale. Nel doppio appoggio, la gamba malata essendo posteriore, quasi sempre i due piedi riposano a piatto sul suolo in tutta la loro estensione, contrariamente a quanto avviene allo stato normale. L'asse del piede malato si trova deviato all' infuori. Solo in qualche caso di emiplegia leggera il piede posteriore malato offre il tallone sollevato. Molto spesso la gamba anteriore è allo stato di flessione manifesta e più considerevole di quella della gamba posteriore. Quest'ultima si presenta sotto tre aspetti differenti: ora, ma molto raramente, essa si trova in leggera flessione, avvicinantesi all'attitudine normale, ora è estesa, ora, infine, è molto più flessa che allo stato abituale.

Al principio del passo posteriore vi ha poco o punta elevazione del tallone, il ginocchio si flette poco, il piede continua ad esser deviato in fuori o gira in dentro. Verso la fine del passo posteriore l'elevazione del tallone si accentua, ed anco a questo momento essa non è paragonabile a quella dello stato mormale. Il medesimo difetto di flessione della gamba malata si osserva al momento della verticale: la gamba oscillante, invece d' incrociare la gamba appoggiata, il ginocchio e la coscia della prima collocandosi normalmente in avanti della seconda, non lo fa, ed è solo il ginocchio malato che oltrepassa un po' il ginocchio della gamba normale appoggiata. In ogni caso la coscia che oltrepassa è appena sensibile. In tali casi si tratta di emiplegia destra.

Quanto alla gamba appoggiata, il suo grado di flessione diminuisce insensibilmente dall' inizio del passo posteriore malato fino alla verticale, fase nella quale la gamba appoggiata s' é raddrizzata, senza che perciò divenga completamente estesa. Vi ha di più: in certi casi di emiplegia la gamba appoggiata normale si trova ancora in flessione manifesta nel momento della verticale. Ne risulta che, in taluni emiplegici, la vera fase della verticale non esiste. Nel passo anteriore della gamba malata, le differenze di andatura tra l'individuo sano e lo ammalato si mantengono.

Al principio del passo anteriore, la flessione della gamba è più esagerata che allo stato normale, ma

questa flessione della gamba è talora passiva e risulta dalla flessione esagerata della coscia sul bacino.

Alla fine del passo anteriore, la gamba malata, invece di essere in estensione esagerata come avviene allo stato normale, si trova in flessione di cui il grado d'intensità varia da un' individuo all'altro.

Ciò mostra che la fase del doppio appoggio con la gamba malata posteriore od anteriore è caratteristica negli emiplegici.

Il piede nel passo anteriore non presenta più l'attitudine normale; il suo aspetto è variabile secondo gli emiplegici. In un caso si ha un piede varo con il tallone situato un po' più in basso della punta; in un altro caso si ha un piede ad artiglio; infine in altri casi si ha un piede equino. Il modo di posare il piede malato nel passo anteriore è caratteristico negli emiplegici. Taluni, avendo la punta del piede poco elevata ed assai spesso ad artiglio, posano il loro piede a piatto sul suolo; altri, invece, toccano il suolo con la punta.

Si sa poi che gli emiplegici descrivono un arco di cerchio, falciano: ma bisogna distinguere due gruppi di malati, secondo che esista o non una forte contrattura dei muscoli dell'arto inferiore. Nel 1° caso, i pazienti falciano realmente, essi descrivono una curva successivamente convessa e concava. Non avviene lo stesso per gli individui del 2° gruppo. Questi descrivono con il loro piede malato una linea sinuosa che risulta da oscillazioni laterali e di elevamento ed abbassamento del piede. Queste oscillazioni ci spiegano due movimenti particolari che si costatano in questi malati.

Da una parte si tratta di un moto di rivolgimento della pianta del piede, divenuto così visibile, e d'altro canto della formazione di un artiglio passeggero delle dita, che è più visibile nel passo anteriore.

Sembrerebbe che questi movimenti ondulatorî fossero necessarî per la progressione del piede. L'artiglio delle dita è però permanente in tutte le fasi del cammino in alcuni malati; in altri è frequente alla fine del passo anteriore e scompare quando il piede è definitivamente appoggiato sul suolo; in altri può esistere nel passo posteriore, allorquando il malato prova di staccare dal suolo la punta del piede.

Occupiamoci ora dell'andatura dell'emiplegico nel doppio appoggio, la gamba malata essendo anteriore. La flessione della gamba posteriore sana è un pò più accentuata di quella della gamba anteriore. Abitualmente non vi ha elevazione del tallone sano, come non vi ha elevazione della punta del piede malato.

Se il tallone del piede sano non é elevato durante la fase del doppio appoggio, esso si solleva nel passo posteriore e la flessione della gamba si accentua, così che al momento della verticale la gamba oscillante sana incrocia la gamba appoggiata malata, come si osserva nell'individuo normale. Questa descrizione non si applica però a tutti i casi.

In certi casi nel doppio appoggio si ha una flessione esagerata delle due gambe, ma più esagerata dal lato sano. Il tallone del piede sano può essere molto elevato, assumendo allora l'aspetto del piede varo-equino. Nel passo anteriore della gamba malata, il piede si presenta sia come un piede varo-equino, sia sotto forma di un piede ad artiglio. È per ciò che si può affermare che una vera fase di doppio appoggio manca in questi malati. Infine nel passo posteriore sano, la gamba malata divenuta appoggiata si trova sempre in istato di flessione manifesta, che si mantiene anche durante il periodo della verticale.

Un vero periodo della verticale non esiste in questi individui, atteso che la gamba malata appoggiata non è mai perpendicolare al suolo. La gamba, detta sana in questi emiplegici, offre, come la malata, delle attitudini anomali che possono risultare da una specie di compenso per venire in aiuto ai muscoli del lato paralizzato.

Ma quando vi ha flessione permanente delle due gambe, la deambulazione é disturbata ed il meccanismo delle attitudini normali del piede sano è differente. Infatti, dopo le interessanti ricerche del Pitres, sappiamo che gli arti dal lato sano subiscono una diminuzione della loro forza muscolare e che nel midollo, in alcuni individui almeno, esiste una degenerazione bilaterale del fascio piramidale. Molti autori, tra cui Moeli, Sherrington, Sandnyer, Mott, Mouratov, Rothmann, Wertheimer e Lepage, hanno confermato l'azione del Pitres. Dejerine e Thomas hanno ammesso che ciascun fascio piramidale nel bulbo fornisse a livello della sua decussazione, oltre al fascio crociato ed al fascio diretto ordinario, un certo numero di fibre al cordone laterale dello stesso lato.

Il Marinesco ha potuto confermare le affermazioni del Pitres sia nella patologia umana, sia d' una maniera sperimentale. In conclusione i disturbi dei movimenti del lato sedicente sano, negli emiplegici, sono l'espressione di lesioni cerebrali che tengono questi disordini sotto la loro dipendenza.

I disturbi dei movimenti del tronco sono bene apprezzabili negli emiplegici. Nell'emiplegia l'abbassamento permanente della spalla paralizzata diminuisce l'elevazione del tronco da questo lato. Allorchè la gamba malata è oscillante, avviene una leggera elevazione del tronco durante il passo posteriore, elevazione che diminuisce durante o alla fine del passo anteriore. Quando la gamba sana è oscillante, la spalla ed il tronco del lato sano si innalzano durante il passo posteriore e si abbassano durante il passo anteriore. Malgrado l'abbas-

mento che presenta il tronco dal lato sano quando la gamba malata è oscillante, l'elevazione della spalla malata non arriva allo stesso grado di altezza della spalla sana. In certi casi di emiplegia leggera, e specie nella donna, la spalla del lato colpito s'innalza nel passo posteriore malato ed oltrepassa anco il livello della spalla normale. In questi individui poi la differenza di livello tra le due spalle nel doppio appoggio è poco sensibile, ma ciò conferma la regola secondo cui verso la fine del passo anteriore della gamba malata, la spalla normale si trova abitualmente al di sopra del livello della spalla colpita.

Normalmente si sa (Richer) che il tronco non s'inchina manifestamente all'innanzi; nell'emiplegia invece, nella maggior parte del tempo il tronco sta inclinato all'innanzi. Ad ogni modo questa inclinazione è sottomessa a certe oscillazioni che si possono esprimere nella maniera seguente: Il tronco è inclinato all'innanzi, al massimo, durante il doppio appoggio in cui la gamba sana è anteriore. Se invece questa gamba é posteriore l'inclinazione è minima. Il tronco comincia di nuovo ad inclinarsi a misura che la gamba normale oscillante si avanza nel passo anteriore. L'estensione di questi movimenti di inclinazione del tronco in avanti ed in dietro varia, ma nella maggior parte degli emiplegici il tronco nel passo posteriore sano, benchè raddrizzato, è piuttosto rivolto all'innanzi che all'indietro. È possibile, però, che in circostanze eccezionali il tronco, nel passo anteriore malato, subisca una leggera inclinazione in dietro.

Allo stato normale, quando la gamba si allontana dal suolo, il bacino s'inclina manifestamente da questo lato, poi s'innalza e resta quasi orizzontale al momento della verticale, per ridiscendere ancora dallo stesso lato fino a che il doppio appoggio si riproduce e lo riconduce all'orizzontale. Nell'emiplegia esiste un'elevazione quasi permanente del bacino dal lato paralizzato, ma questa elevazione subisce delle modificazioni nelle differenti fasi del cammino, la gamba malata essendo oscillante. Sembra che queste modificazioni avvengono come normalmente, cioè il bacino si innalza nel passo posteriore. Però mentre nell'individuo sano il lato oscillante del bacino non si eleva mai al disopra del livello del lato appoggiato, mentre che nell'emiplegico il lato del bacino malato oscillante è manifestamente elevato al disopra del livello dell'altro lato.

Si produce ancora, durante la deambulazione una scoliosi, rivolta verso il lato sano, nella regione dorsale inferiore, di grado variabile; appena sensibile nei casi lievi, evidente nei malati che falciano.

La piega lombare, che si produce dal lato corrispondente all'emiplegia, persiste in qualche malato durante tutte le fasi della deambulazione; in qualche altro, invece, non si mostra che alla fine del passo anteriore malato.

BIBLIOGRAFIA

Marinesco. *La Semaine médicale*, n. 29, 5 luglio 1899.—Paul Richer. Phisiologie artistique de l'homme en mouvement. Paris, 1895.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nel *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, redatto da H. v. Ziemssen e F. Moritz, Bd. 63, H. 3 e 4, 1899.

1. W. Ebstein. **Contributo alla storia clinica dell'endocardite ulcerosa maligna.** Vedi pag. 193.

2. M. Freudweiler. **Ricerche sperimentali sull'essenza dei noduli gottosi.**—Dal risultato dalle sue ricerche Freudweiler attribuisce al vero nodulo gottoso il processo patologico seguente: Il biurato di soda che si deposita nei tessuti produce in forza della sua costituzione chimica e delle sue proprietà velenose per il tessuto vivente che da questa risultano, un'infiammazione reattiva intensa del tessuto colpito, che si dà a conoscere con un'infiltrazione infiammatoria ed un ringonfiamento del tessuto circostante. È improbabile che al deposito dei cristalli preceda una necrosi del tessuto, giacchè da un lato il biurato di soda ha il potere di produrre una necrosi completa del tessuto, mentre d'altro lato si trovano aghi cristallini in un tessuto anatomicamente intatto. Al processo di regressione dei noduli gottosi prendono parte con sicurezza cellule fagocitiche, non avendosi fin oggi punti di appoggio per ammettere che una semplice azione fisica o chimica da parte dei succhi organici allontani i cristalli. La riorganizzazione del difetto risultante ha luogo per proliferazione centripeta del connettivo proveniente dal tessuto circostante; il quale connettivo circonda contemporaneamente il focolaio con una capsula fibrosa più o meno dura, la quale dopo un tempo lungo rinserra il focolaio in modo che i suoi rapporti col tessuto circumambiente possono venire rallentati in alto grado ed infine completamente aboliti.

3. R. Hegmann. **Le malattie dell'orecchio nel decorso del morbillo.**—Dalle sue osservazioni si desume che le malattie dell'orecchio costituiscono un fenomeno che di regola accompagna il morbillo, ch'esse non solo possono produrre, ma spesso producono in realtà in circostanze sfavorevoli e con un trattamento insufficiente, conseguenze gravi per lo sviluppo ed anche per la vita dell'individuo, che però dette conseguenze gravi si possono prevenire nella grande maggioranza dei casi con un trattamento opportuno praticato a tempo debito; da tutto ciò risulta l'esortazione stringente di dare all'organo dell'udito nel morbillo la considerazione conveniente.

4. K. Walko. **Un contributo all' avvelenamento da felce.**—Ad una donna di 32 anni affetta da tenia medio-cannellata vennero somministrati 5 gr. di estratto etereo di felce maschio. Dopo pochi minuti dalla presa del farmaco, si ebbero scialorrea, ipersecrezione dal naso e dalle ghiandole lagrimali, senso di vertigine, offuscamento della vista che andò fino all'amaurosi completa e che dopo un quarto d'ora scomparve. Dopo mezz'ora circa si ebbe vomito intenso di masse liquide verdi-bruniccie, colle quali venne cacciato quasi tutto il farmaco. Due ore dopo si ebbero nuovamente secrezione salivare e lagrimale, vertigine e cecità di breve durata; a questi fenomeni si aggiunsero dolori intensi all'ipogastrio, inoltre dapprima sforzi di vomito, poi spasmi dell'esofago. Contemporaneamente si ebbero tremore in tutto il corpo e convulsioni, durante i quali fatti la respirazione si fece sempre più accelerata e superficiale, la dispnea e la cianosi crebbero, si notò forte aumento della frequenza dell'azione cardiaca, polso sfuggente, sempre più debole. I fenomeni convulsivi cessarono dopo circa 10' e ad essi subentrò uno stadio paralitico, L'estremità erano rilasciate, le pupille midriatiche non reagivano alla luce, la temperatura della cute era abbassata; persistette durante tutto il tempo il deflusso delle salive e delle lagrime. Gli ultimi fenomeni davano il quadro di un grave collasso, che durò circa un quarto d'ora e che scomparve con l'uso degli eccitanti. L'inferma già riavutasi, dopo 3 ore ebbe un 2° accesso identico al primo dal quale riavutasi, cacciò dopo 12 ore la tenia colla testa.

5. G. Zahn. **Un contributo all'anatomia patologica dei diverticoli dello stomaco.**—Dopo di avere dato uno sguardo sommario alla letteratura esistente sull'argomento, descrive un caso caduto sotto la sua osservazione.

6. Th. Pfeiffer e W. Scholz. **Sul ricambio materiale nella paralysis agitans e specialmente nei vecchi (con considerazione sull'influenza delle tavolette di tiroide).**—Dalle loro ricerche risulta che se la poliuria non è un reperto costante nel morbo di Parkinson, pure occorre in realtà e non di raro, senza che si debba ammettere un nesso causale; è opportuno tenere in considerazione il reperto renale (arteriosclerosi) in tutti i casi venuti all'autopsia. Comparando le calorie dei loro 3 malati con quelle di 2 vecchi sani, si vede che i primi malgrado lo spasmo muscolare ed il tremore continuo si hanno a sufficienza dello stesso numero di calorie degli individui sani della stessa età. Dallo studio dello scambio dell'azoto si desume che negl'infermi di *paralysis agitans* lo scambio dell'albumina ha luogo negli stessi rapporti circa degl'individui sani della stessa età. Lo studio del ricambio dell'acido fosforico diede il risultato che l'eliminazione dell'acido fosforico nell'urina degl'individui che soffrono di *paralysis agitans* è un poco aumentata in confronto di quello eliminato coll'urina dagl'individui vecchi di paragone. In questo senso ristretto esiste perciò una fosfaturia nella *paralysis agitans*, ma ove si considerino le determinazioni dell'acido fosforico eliminato complessivamente coll'urina e colle fecce, si ha bensì un'eliminazione alta d'anidride fosforica, la quale però, come si vede dalle cifre del ricambio dell'acido fosforico nei vecchi, non spetta alla *paralysis agitans* come tale, ma alla senilità. L'eliminazione della creatina e dell'acido solforico non subiscono alcuna alterazione nella *paralysis agitans*.

Dalle ricerche colla medicatura tiroidea negli stessi individui si ebbe per risultato che la diuresi rimase in alcuni esperimenti inalterata, in altri aumentò durante i primi due giorni per poi scendere nuovamente dal 3° giorno in poi. Si ebbe l'eliminazione dell'azoto, non si ebbero differenze notevoli nell'eliminazione dell'acido fosforico. I vecchi sani ed i vecchi che soffrono di paralysis agitans si comportano rispetto all'eliminazione di anidride fosforica in modo indifferente, all'opposto degl'individui affetti da morbo di Basedow. L'eliminazione dell'acido solforico complessivo nell'urina decorse durante il trattamento colla tiroide parallela all'eliminazione dell'azoto. In tutt'e tre i casi non si ebbe alcuna influenza dalla medicazione tiroidea sull'eliminazione del cloruro di sodio nell'urina, invece si osservò un lieve aumento della cifra della creatina.

FORMULARIO

Olio di ricino naftolato

Naftolo	ana gr.	1
Cloroformio		
Essenza di menta piperita		
Olio di ricino	»	25

per una volta.

Elixir di pepsina

Pepsina	gr.	20
Acqua distillata.	»	100
Vino di malaga bianca.. . . .	»	400
Sciroppo di zucchero.	»	400
Alcool a 80°	»	80

20 grammi contengono gr. 0,40 di pepsina.

Un bicchierino dopo i pasti principali.

Vino di peptone

Peptone secco	gr.	50
Vino di Malaga q. b. per . . .	per	1 litro

Fa sciogliere e filtra.

Uno o due bicchierini prima dei pasti.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Sdoppiamento e raddoppiamento del secondo tono nella stenosi mitralica

Bouillaud (1841) pare che sia stato il primo ad ascoltare un secondo tono doppio nella stenosi mitralica, e spiegava il fatto con una dissociazione funzionale dei due ventricoli per cui non si chiuderebbero più contemporaneamente i due sistemi di valvole semilunari. La sua opinione, più o meno modificata, fu accettata da Bèhier e Hardy, Peter, Frey, Dehio, Broadbent. Ma ormai fisiologi e clinici sono d'accordo nell'ammettere un perfetto e costante sincronismo nell'azione dei due ventricoli.

Guttmann, Charcellay, Krehl hanno pensato che un nuovo tono nella stenosi mitralica potesse esser dato dalla contrazione del seno sinistro che si ipertrofizza; ma questo sarebbe un rumore muscolare che non potrebbe per nulla somigliare ad un tono. Lo stesso press' a poco è a dirsi della teoria di Jaccoud il quale pensa che il sangue, per l'impeto con cui dal seno ipertrofico scende nel ventricolo sinistro, potesse urtando contro le pareti di questo, produrre un tono che, aggiunto al secondo normale, forma un raddoppiamento: per tal modo si avrebbe uno choc ventricolare, ma non un tono, che è cosa assai diversa.

Nè maggior valore hanno le interpretazioni del Rosenbach e del Neukirch. L'uno vorrebbe sconvolgere tutto ciò che è stato assodato dagli studii severi di Chauveau e Marey sulla maniera con cui si producono i toni cardiaci; egli nega assolutamente le vibrazioni valvolari, e ritiene che i toni sieno sempre il prodotto acustico di onde sanguigne. Il Neukirch poi crede che il nuovo tono nella stenosi mitralica sia presistolico e dato dall' attrito del sangue spinto dal seno ipertrofico contro le facce rugose della mitrale. Ma questo è il meccanismo con cui potrebbe generarsi un rumore se mai, non un tono.

La teoria omai unanimamente accettata dai clinici è quella svolta dal Geigel prima e poi dal Potain, la quale considera il secondo tono doppio nella stenosi mitralica come dovuto alla partizione del secondo tono normale prodotta da una differenza di pressione nei due sistemi aortico e pulmonare, donde la chiusura non sincrona delle rispettive valvole semilunari. In una stenosi leggiera, dice il Potain, il ventricolo sinistro, in cui difetta il sangue, esercita una maggiore aspirazione sulle semilunari aortiche, le quali in conseguenza si chiudono prima delle pulmonari; si ha quindi una partizione del secondo tono con precedenza aortica. In una stenosi grave invece, quando è cospicua la stasi sanguigna e con essa la difficoltà della circolazione pulmonare, quando il ventricolo destro è sufficientemente ipertrofizzato, la pressione si eleva nell' arteria pulmonare ed allora le rispettive valvole semilunari si chiuderanno più presto e con maggior fragore: è questa una partizione del secondo tono a precedenza pulmonare. Nelle stenosi di media intensità queste due elevazioni di pressione si fanno equilibrio e si compensano nei loro effetti: manca quindi la partizione del secondo tono, e si ha solo un'accentuazione di questo sulla pulmonare come indice della pressione che comincia a prevalere in questa arteria.

È evidente che la partizione debba sentirsi esclusivamente o prevalentemente alla base del cuore, in corrispondenza dei focolai aortico e pulmonare, nei quali essa si produce.

Ma Sansom, Potain e recentemente il dott. Luigi Ferrannini nella clinica del prof. Rummo, hanno osservato dei casi di stenosi mitralica, non molto frequenti per vero, in cui il ritmo a tre toni si sente solo alla punta o nelle sue vicinanze. Qui non può trattarsi di partizione del secondo tono, perchè pensando alla genesi del secondo tono non si comprende come si possa sentirlo bipartito alla punta del cuore e non alla base; e perchè mentre nella partizione le due porzioni del tono hanno, a parte l' accentuazione di una di esse, gli stessi caratteri fisici, quì si hanno due toni del tutto diversi: il secondo tono è più basso, più prolungato, più forte; il terzo tono è più secco, più breve, più alto. Questo dunque è un fenomeno diverso dalla partizione, ed il Ferrannini per consiglio del prof. Rummo, introducendo per il primo in clinica l' esperimento fatto sull' apparato cardio-vascolare dell'ammalato la mercè di svariati agenti fisici e dei varii farmaci cardiaci, modificando man mano e con diversi meccanismi tutti gli elementi della funzione cardiaca, ha luminosamente dimostrato che in questi casi il tono soprannumerario, non ha nulla a vedere con il secondo tono fisiologico, ma è un tono nuovo, un tono aggiunto prodotto dalle vibrazioni della valvola

mitralica, tesa per l'aspirazione del ventricolo sinistro ipertrofico (Rummo) quando per le adesioni dei veli valvolari, il sangue che scende dal seno non giunge ad accollare alle pareti del ventricolo i lembi della mitrale.

Ora il Villani nella clinica di Capozzi, sorpreso di sentire nella stenosi mitralica i tre toni alle volte alla base e qualche volta alla punta, senza rilevare le differenze fisiche dei toni e le condizioni del cuore nelle due diverse contingenze, ha pensato, con una serie di ragionamenti e senza un fondamento clinico o sperimentale, che nell'uno e nell'altro caso il fenomeno fosse identico ma si propagasse diversamente solo per condizioni accessorie. Egli quindi ha negato l'importanza della pressione nella produzione della partizione del secondo tono, ed ha ammesso che nella stenosi mitralica si abbia sempre, per le alterazioni valvolari, un tono diastolico mitralico che nei varii casi può sentirsi in punti differenti.

Il Villani, che si propone di *rendere semplice e chiaro l'argomento*, comincia col confondere sdoppiamento, raddoppiamento e tono aggiunto, termini che egli usa promiscuamente senza farne alcuna differenza. Anzitutto quindi bisogna notare che lo sdoppiamento o meglio partizione di un tono (*dédoublement* dei francesi, *spaltung* dei tedeschi, *coupling* degl'inglesi) è la divisione di un tono abitualmente unico in due sensazioni più o meno distinte per difetto di sincronismo o di sinergia dei fattori; mentre il raddoppiamento di un tono (*rédoublement* dei francesi, *verdoppelung* dei tedeschi, *redoubling* degli inglesi) è dato da un tono aggiunto (*bruit surajouté*), un tono nuovo che viene a complicare il ritmo fisiologico in dipendenza di altri fattori che abitualmente non agiscono. Son due cose dunque assolutamente diverse che talvolta anzi possono coesistere contemporaneamente e che non è permesso confondere per una serie di induzioni ipotetiche.

Il Villani nega che si possa avere una partizione del secondo tono per elevazione della pressione nell'aorta o nell'arteria polmonare, perchè in parecchie malattie in cui v'è questa elevazione, non si percepisce la partizione. Ma poi egli stesso nota come Phear già parli di una partizione del secondo tono nella nefrite cronica interstiziale, e come Huchard asserisca d'aver riscontrato una partizione nella miocardite cronica per arterio-sclerosi durante la fase d'ipotensione arteriosa. È strano quindi che Villani non abbia pensato quanto poco bene sia studiata la funzione cardiaca in tutte queste malattie e come quindi esse non si possano prendere a base di illazioni importanti. Egli d'altronde, per essere logico, avrebbe dovuto negare anche la partizione fisiologica del secondo tono. È curioso come egli ammetta che questa partizione sia dovuta «all'influenza della respirazione, la quale, in dati momenti, influisce sulla pressione aortica aumentandola»: mentre nega che le differenze di pressione possano, nella stenosi mitralica, dar luogo alla stessa partizione. Vorrebbe poi, per ammettere questo fatto, trovar modificato il ritmo a tre toni della stenosi nelle diverse fasi respiratorie, senza pensare che si tratta di modificazioni minime, modificate poi esse stesse per lo stato patologico, senza dire delle infinite sfumature acustiche che può sentire chiunque segue attentamente per un certo tempo un cuore malato. Eppoi abbiamo un esperimento classico di De Renzi che taglia la testa alla quistione e che è sfuggito a Villani. Il De Renzi in alcuni malati di stenosi mitralica con partizione del secondo tono, comprimendo l'aorta addominale, ossia elevando la pressione in questa arteria, ha fatto scomparire la partizione, eliminando appunto il disquilibrio di pressione.

Villani vorrebbe in ogni caso spiegare il terzo tono come un tono prodotto dai margini profondamente modificati e tesi della valvola mitralica vibranti quando il sangue precipita dal seno e li urta con forza, generalizzando ipoteticamente quanto il Potain ammette per il *claquement d'ouverture de la mitrale*. Per lui dunque il terzo tono della base e quello della punta hanno la stessa origine, anzi sono una cosa; e quando i due fenomeni coesistono egli dice: «perchè si deve ritenere che la mitrale stenotica possa vibrare, sul principio della diastole, solo all'istante della sua apertura? Non può essa forse vibrare una seconda volta, quando la corrente subisca, ad un dato momento della sua discesa, un rinforzo maggiore, una più viva celerità?»

Padronissimo il Villani di pensare che che questa mitrale avariata possa vibrare anche una terza volta, se così gli piace; ma resta sempre la sua una supposizione gratuita, non giustificata da alcuna probabilità e che anzi dà campo ad un assurdo in quanto che verrebbe ad ammettere che da una stessa causa e con uno stesso meccanismo potessero prodursi due toni del tutto differenti per sede e per caratteri fisici. E poi perchè questa doppia vibrazione si ha solo in alcuni casi? Inoltre il tono aggiunto della punta,—il *claquement d'ouverture de la mitrale* di Potain che Villani traduce con la parola *scoppiettio* mentre si tratta di un vero tono e *claquer* significa proprio *sbattere, far rumore, vibrare*— è sempre proto-diastolico, come ha dimostrato il Ferrannini; mentre il Villani, facendo vibrare una seconda volta la mitrale, lo farebbe divenire per lo meno meso-diastolico.

Ma restava a spiegare perchè questo terzo tono, che avrebbe una genesi unica, si possa poi sentire in siti differenti, ora alla base, ora alla punta.

«Nella stenosi mitralica», dice Villani, l'orecchietta sinistra si dilata fortemente e s'ipertrofizza, in parecchi casi quindi si protende innanzi, e specie per mezzo della sua

appendice (auricula), la quale anch'essa s'allarga e s'ispessisce, può avvicinarsi maggiormente alla parete toracica anteriore. Ora nell'istante che ha luogo il raddoppiamento, il sangue è ancora tutto compreso nell'orecchietta sinistra, da cui solo in quel momento comincia a discendere nel sottoposto ventricolo, e però le vivrazioni allora prodotte dalla mitrale ispessita, e che producono la seconda parte del tono sdoppiato, si possono bene trasmettere, attraverso il sangue, così alle pareti dell'orecchietta come a quelle della sua appendice, e per conseguenza al corrispondente terzo spazio intercostale sinistro ». (Più in là dice solo « allo spazio intercostale che le corrisponde »).

Ma se fosse vero che il tono mitralico potesse trasmettersi verso la base e niente affatto verso la punta, per essere conseguenti bisognerebbe ammettere che avvenga lo stesso del primo tono fisiologico che è appunto dato dalle vibrazioni delle valvole atrio-ventricolari: ed allora bisognerebbe concludere che in una grandissima parte degli stenosici tutto tace alla punta e la musica è completamente emigrata alla base.

Ma a parte il fatto che la modificazione di statica del seno, qual'è descritta dal Villani, si ha solo in casi di gravissima stenosi, resta a constatare che egli non tiene conto di una legge di acustica che è fondamentale in semeiologia cardiaca. Questa legge dice che tutti i fenomeni acustici si propagano secondo la direzione della corrente che li genera. Quindi il tono che vorrebbe ammettere Villani, prodotto dalla corrente che dal seno va al ventricolo, deve propagarsi verso la punta e per nulla o assai debolmente verso la base, come appunto succede del primo tono fisiologico e del *claquement d' ouverture de la mitrale*.

Ammettiamo pure col Villani che a noi sfugge il perchè alcune manifestazioni acustiche talvolta par che contradicano a certe leggi; ma quì si tratta della quasi universalità dei casi di stenosi mitralica, e specialmente di quei casi in cui coesiste la partizione del secondo tono col tono mitralico diastolico, due effetti di una identica causa secondo Villani, e che non si capisce perchè uno andrebbe verso la punta ed un altro verso la base.

Non è con le semplici disquisizioni che si possono scuotere le teorie fondate dai colossi della medicina, i quali solo a base di osservazioni ed esperimenti hanno stabilito principii immortali. La partizione è l'indice di un disquilibrio di pressione, ed il tono mitralico è specialmente la conseguenza dell'ipertrofia del ventricolo sinistro, come ha notato Rummo, e come già intravedeva Baccelli, un'ipertrofia che basta da sè sola a spiegare tutto anche senza ammettere una dissociazione funzionale dei due ventricoli.

Venendo poi alla quistione di potere arguire dalla sindrome acustica il grado della stenosi mitralica, come ha cercato di fare il Potain e come ha più ampiamente svolto Ferrannini, il Villani dice che quando tra la partizione a precedenza aortica e quella a precedenza pulmonare, che per lui è tutt'una, si ha un periodo intermedio in cui manca la partizione, vuol dire che si è in periodo di iposistolia. Ma anche questa è un'affermazione gratuita, di cui non si dà alcuna dimostrazione. Egli ammette due gradi nella stenosi: « in un primo grado oltre al raddoppiamento del secondo tono esistono i rumori proprii della lesione; in un secondo grado, a orifizio molto ristretto, il raddoppiamento persiste, ma quei rumori sono scomparsi ».

Ma anzitutto abbiamo innumerevoli storie di stenosi pura, e tra le ultime le nove minutamente esposte da Ferrannini, le quali dimostrano a sufficienza che proprio nei casi, in cui la lesione è tanto lieve da essere non solo ben sopportata ma da non richiamare neanche l'attenzione del paziente, manca ogni rumore e si ha solo il ritmo a tre toni, ed in alcuni casi osservati dal prof. Rummo si può perfino percepire il ritmo a tre toni della punta puro, genuino, non modificabile assolutamente nè trasformabile in rumore con qualsiasi aumento di pressione: in uno di questi casi osservato molti anni or sono dal prof. Bozzolo persiste ancora invariato il fenomeno accennato. E poi basta pensare alle genesi dei rumori per persuadersi del fatto. In una stenosi lieve per avere il rumore occorre che il sangue sia spinto con una certa energia attraverso l'ostio ristretto, ecco perchè si ha solo un rumore presistolico, un rumore cioè che si produce solo quando interviene la presistole dei seni; mentre nelle stenosi gravi per la grande ristrettezza dell'ostio il rumore si ha anche quando *proprio pondere*, senza alcun intervento attivo del cuore, il sangue scende dal seno nel ventricolo. Questo è stato pure dimostrato dal Ferrannini modificando negli ammalati di stenosi mitralica tutti i fattori e gli elementi dell'attività cardiaca. Il rumore dunque è sempre l'esponente di una lesione più avanzata. Ed è curioso vedere il Villani ragionare a questo modo: « Quando l'ostio atrio-ventricolare è assai rimpicciolito, il sangue può sempre ancora, discendendo dall'orecchietta, urtare con forza contro i lembi della mitrale fusi insieme e costringerli a vibrare, donde la presenza del raddoppiamento, ma solo un piccolissimo filetto di esso passa attraverso l'orifizio, in modo che non si posson produrre più tali vortici da determinare un rumore percepibile all'orecchio ». Ma se mai è il contrario che si capisce. Questo filetto di sangue spinto con forza attraverso l'ostio assai ristretto produrrà un rumore per la formazione dei vortici non un tono. Come si fa a concepire un « filetto di sangue » che mette in vibrazione un apparato ostio-valvolare rattrappito e profondamente deformato, mentre passando « con forza » attraverso l' orifizio

assai ristretto non riesce a produrre vortici? Eppure il Marey ed il nostro Borrelli insegnavano che la forza del rumore è sempre direttamente proporzionale al grado di energia della corrente sanguigna che lo produce. È proprio il contrario dunque di quel che dice Villani che si verifica; quel filetto di sangue se scende con una certa pressione potrà, anzi dovrà produrre un rumore; ma non riuscirà mai a far vibrare un apparecchio valvolare che è ridotto l'ombra di se stesso. Se si volesse accettare il concetto di Villani bisognerebbe mettere il rumore in rapporto inverso del grado di stenosi e concludere quindi che il rumore diasto-presistolico indica una lesione più lieve che non il rumore semplicemente presistolico: ciò che è un assurdo.

Dunque la partizione del secondo tono e il tono mitralico aggiunto o tono d'apertura della mitrale (*claquement d'ouverture de la mitrale*) sono due cose differentissime per genesi e per caratteri fisici. Essi, come manifestazione costante, si hanno solo nella stenosi mitralica, di cui però indicano varii gradi di intensità. Il Potain distingueva tre gradi nella stenosi mitralica nei quali per ordine ascendente di gravità si avrebbe: partizione del secondo tono a precedenza aortica, semplice accentuazione del secondo tono sulla pulmonare, partizione del secondo tono a precedenza pulmonare. Il Ferrannini in base alle sue osservazioni stabilisce la seguente gradazione: tono aggiunto non trasformabile in rumore con gli aumenti di pressione (Rummo); tono aggiunto o ritmo a tre toni puro e costante che cede il posto ad un rumore presistolico in seguito ad aumento di pressione; tono aggiunto o ritmo a tre toni impuro od incostante; partizione del secondo tono con precedenza aortica; partizione del secondo tono con precedenza pulmonare; soffio presistolico; soffio diasto-presistolico. S'intende bene che in un grado avanzatissimo di stenosi, e quando le condizioni del cuore sono assai critiche la corrente che scende nel ventricolo non possa più produrre alcun rumore, e mentre è già sparita la partizione ed il tono mitralico diastolico, la sindrome acustica della stenosi mitralica tace perfettamente.

BIBLIOGRAFIA

Bouillaud. Traité clinique des maladies du coeur, Paris, 1841. — Bèhier et Hardy. Traitè de pathologie interne.—Peter. Traitè clinique des maladies du ercou, 1889.—Dehio. *S. Petersburger medicinische Wochenschrift*, 1891. — Frey. *Deutsches Archiv. für klinische Medicin*, 1890. — Baccelli. Patologia del cuore e dell'aorta 1856. — W. and J. Broadbent. Heart diseases, London 1897. — Potain. Clinique mèdicale de la Charitè, 1894. — Rosenbach. Die Krankheiten des Herzens.—Geigel. Der gespaltene Herzton. *Verhand. der Würzb. med. physs. Gesellschaft* 1868.—Phear. *Lancet*, 1897.—Guttmann. Semiotica medica 1886.—Charcellay. *Archives génèrales de mèdecine* 1838.—Krehl. *Du Bois.—Raymond's Archiv.*, 1889, — Neukirch. *Zeitschrift für klinische Medicin* 1886. — Jaccoud. Traitè de pathologie interne. — Rouchès. Thèse de Paris 1888. — Sansom. *Medical Times* 1881 — Chauveau. Revue de mèdecine 1885. — Huchard. *Semaine mèdicale* 1894.—Ferrannini Luigi. Accademia medico-chirurgica universitaria di Palermo 30 aprile 1899 e *Archivio di medicina interna*, anno II, fasc. 1 e 2. — Villani. *Policlinico*, maggio-luglio 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale di S. Maria di Loreto in Napoli
diretto dal prof. CACCIOPPOLI

TREDICI LAPAROTOMIE PER FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME

Contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore

Dottor Enrico d'Ursi

(*Continuazione e fine*)

1° Sica Antonio fu ricevuto nell'Ospedale per varie ferite da punta e taglio, delle quali una al decimo spazio intercostale destro, lungo l'angolare della scapula e profonda in cavità, una sulla parete posteriore del cavo ascellare sinistro lunga 2 cm. e profonda al connettivo la terza infine alla regione lombare sinistra lunga 3 cm. profonda in cavità.

Di queste tre ferite presi in considerazione solo quella lombare, giacchè lo stato generale dell'infermo non mi permetteva un unico atto operativo per la toracica e la lombare.

Il ferito era molto sciupato a causa di una affezione tubercolare dell'apparecchio respiratorio, aveva perduto molto sangue, e poichè non v'era emottisi, enfisema e pneumotorace dilatai senz'altro la ferita toracica per rassicurarmi dell'integrità del diaframma, indi passai alla laparotomia con taglio lombare anzichè alla toraco-laparotomia, che avrebbe certamente aggravato lo stato generale dell'infermo trattandosi di un traumatismo più esteso. La ferita lombare messa verso il limite esterno della regione m'autorizzò d'intervenire mediante un taglio in corrispondenza di quello spazio virtuale detto triangolo di Petit, limitato indietro dal bordo esterno del g. dorsale ed in avanti da quello del g. obliquo, e che risponde all'unione del terzo medio col terzo posteriore della cresta iliaca.

L'atto operativo non venne affatto complicato da emorragia, e potei assicurarmi della integrità del rene, colon e tenue, e dopo ricostruire a piani staccati la regione lombare.

L'infermo ricevuto nel novembre 1894 fu dimesso perfettamente guarito dall'ospedale dopo undici giorni di degenza,

2° Nel 18 dello stesso mese di novembre 1894 ricevetti Eduardo Vallifuochi di Vincenzo, di anni 26, con ferita da punta e taglio dell'ottavo spazio intercostale sinistro, lungo l'ascellare posteriore, profonda da aprire le due cavità toracica ed addominale e lunga 2

cm.. Essendovi sospetto di ferita pulmonale impronto un lembo osteo-cutaneo a spesa di 10 centimetri dell' ottava costola, che poi rimetto a posto dopo la sutura del diaframma. Per la penetrazione della ferita in cavità addominale eseguo la laparotomia con taglio xifo-ombelicale, che mi fece riconoscere l'integrità dei visceri sotto-diaframmatici. L' infermo ammesso in ospedale il 18 novembre 1894 ne esce guarito il 26 dello stesso mese, cioè otto giorni dopo.

3° Il primo gennaio 1895 si riceve in grave stato Carnevale Gennaro con due ferite, una da punta e taglio nel mezzo del triangolo di Scarpa lunga 5 cm. a lembo e profonda sino alla femorale, che si vedeva pulsare per l'estensione di un tre centimetri nel fondo della ferita; l'altra da punta un dito circa più sopra ed in dentro della spina iliaca anteriore superiore, lunga 1 cm. profonda in cavità. Eseguo rapidamente senza alcuna anestesia l'incisione ombelico-pubica, entro nel cavo peritoneale, trovo integri i visceri senza versamento emorragico, e mentre mi porto sulla regione lombare, ov' era un esteso ematoma sottoperitoneale. l'infermo muore con rapido aumento della raccolta sanguigna. Questo si verificò per flessione dell'arto leso ed all'autopsia si rinvenne una ferita, che interessava un terzo della circonferenza dell' iliaca primitiva di sinistra. La scontinuità era protetta dal ventre dello psoas infiltrato di sangue in modo che erasi conservata la pulsazione della femorale quando l'infermo fu ricevuto. L'arma feritrice era giunta a ferire la detta arteria passando tra le anse intestinali senza neppure scalfirle ledendo solo il ventre dello psoas.

Nell'atto operativo intesi trattarsi di una lesione di un grosso vaso venoso non mai arterioso come venne riscontrato alla autopsia. Sono sicuro che se l'infermo avesse avuto le forze per resistere alla ricerca della lesione capitale, mi sarebbe riuscita veramente strana l'allacciatura di simile arteria a causa della pulsazione della femorale corrispondente senza che avessi per niente migliorata la mia posizione di clinico nè d'operatore.

4° La sera del 12 marzo 1895 ricevo Grimaldo Vincenzo, di anni 50, da Napoli, con ferita da punta e taglio dell'undicesimo spazio intercostale sinistro, lunga due centimetri con fuoriuscita dell'epiploon.

Incido sulla regione lombare sinistra e l'infermo al taglio cutaneo non dà segno di vita. Smetto l' atto operativo e solo, come spesso mi capitava in quell' epoca che non avevo assistenti, eseguo la respirazione artificiale, che dopo cinque o sei minuti richiama in vita l'infermo. Rimetto la mascherina con il cloroformio e ripiglio l' atto operativo. Dal cavo peritoneale viene fuori una grande quantità di liquido siero-ematico a cui segue assoluto sangue brunastro. Zaffo temporaneamente il cavo addominale verso l'ipocondrio sinistro, l'emorragia s'arresta, osservo il colon ed il tenue che sono sani, suturo il diaframma dalla via del torace sulla guida dell'indice sinistro con ago e porta ago, rimuovo lo zaffo e l'emorragia si ripete; ed allora introduco nell'ipocondrio sinistro due metri di garza sterilizzata chiudendo completamente il cavo addominale con sutura in massa della ferita.

Al quarto giorno coll' aiuto del collega O. Lanzillo riaprii il ventre e rimosso lo zaffo chiusi la ferita con sutura a piani staccati. Dall'atto operativo per circa 20 giorni l'infermo era andato piuttosto bene, ma essendosi trattenuto nell'ospedale per il suo stato generale malandato che per il trauma, del quale era guarito, si sviluppò in prosieguo una febbre atipica ed al 42° giorno morì. All'autopsia fatta dal collega Guidone si trovò una ferita passante della milza in prossimità dell'ilo e guarita.

Pare che l' infermo fosse morto di peritonite tubercolare.

5° De Stefano Ernesto di anni 27. da Napoli, è ricevuto con ferita da punta e taglio alla regione iliaca sinistra lunga 2 cm. profonda in cavità con semplice fuoriuscita d'omento. Fu operato col taglio pubo-ombelicale, l'epiploon fuoriuscito fu risecato e la sutura della ferita laparotomica come l'altra furono suturate a strati. L'infermo ammesso in ospedale il primo novembro 1895 n' esce guarito dopo 11 giorni.

6° Domenico Petrazzuoli di Giuseppe, con ferita da punta e taglio a sinistra della regione epigastrica, lunga 4 cm., profonda obliquamente in alto ed in cavità. Laparotomia con taglio mediano mi fa vedere lo stomaco pieno e sano come nessuno altro viscere è ferito. Entra in Ospedale il dì 11 settembre 1896 e n'esce guarito l'otto ottobre dell'istesso anno cioè dopo 27 giorni a causa di suppurazione del connettivo sottocutaneo.

7° La sera del 27 gennaio 1897 ricevetti Gennaro Fornaro di Pasquale, di anni 18, con ferita d'arma da fuoco della regione lombare sinistra e con il projettile soffermato nel connettivo sottocutaneo dell'ipocondrio corrispondente.

Dilatata la ferita riscontrai che il rene sinistro era scontinuato quasi completamente tra il terzo medio e quello inferiore. Poichè il projettile si trovava soffermato in un punto diametralmente opposto al suo foro d'entrata ritenni che oltre la lesione renale esistessero ferite di altri visceri addominali come colon ed intestino tenue. Per tal ragione mi proposi coll'aiuto dell'assistente signor Gallo eseguire la laparotomia. Incisi tutta l' altezza della parte addominale sinistra tra l'arcata costale e la spina iliaca anterior-superiore. Subito tagliata la cute venne fuori il projettile, ed allora sulla guida del tragitto da esso percorso, nella spessezza della parete antero-laterale dell'addome, col bottonato tagliai gli strati muscolari, oltre i quali non si osservava nessuna ferita del peritoneo. Nel con-

nettivo sottoperitoneale eravi uno stretto tragitto con versamento emorraggico, e sulla guida di questo disseccando il peritoneo parietale giunsi fin sopra il rene ferito. Solo quest'organo era leso per il quale pensai d'ottenere la guarigione per seconda intenzione salvo ulteriore intervento richiesto da complicanze. Perciò circondato tutto il rene con garza sterilizzata ne zaffai la ferita a scopo emostatico e stabilii il drenaggio delle due ferite addominali.

La temperatura dell'infermo al primo giorno di mattino segnava 37, 4 e di sera 38, 3; il giorno trenta di mattino 38, 1 e di sera 39; il 31 di mattino 38, 4. Fino al terzo giorno come vedesi eravi aumento di temperatura, le bende bagnate di urina, che tramandavano un odore putrido-ammoniacale. Tutta la regione lombare era infiltrata d' urina onde si convenne operare l' infermo di nefrectomia per evitargli la morte per settico-uremia.

Dissecato il rene attraverso la ferita anteriore strinsi dapprima il peduncolo renale con un klemmer curvo, tra questo e l' aorta passai con un ago di Cooper un robusto laccio di seta, che strinse il peduncolo e poi distaccai il rene rasentando il suo bordo interno con un bistori bottonato.

Tutto il fondo della ferita venne recentato e disinfettato con irrigazione di sublimato all'1 per $^{00}/_{00}$. Misi in comunicazione le due ferite con una larga striscia di garza dopo averle ridotte con sutura a strati.

La sera del 31, giorno dell' operazione, la temperatura discese a 37,6. Nei giorni consecutivi il termometro segnava di mattino 37,9 e di sera 38,1 per il primo febbraio; 38 e 38,3 il due; 38,2 e 39 il tre; 38,4 e 39 il quattro. Il giorno cinque fu medicato e la sera la temperatura discese a 38,6, consecutivamente nei giorni 6 e 7 febbraio si ebbe 37,6 di mattino e 38,3 di sera, 37,5 di mattino e 38,4 di sera; il giorno otto venne ritirata la garza dalla ferita posteriore e d'allora in poi si praticarono irrigazioni con acqua sterilizzata e iniezioni di tintura di jodio-jodurata.

Con questo trattamento l'infermo guarì del tutto per il 20 marzo dello stesso anno. Questo caso è importante per il decorso descritto dal projettile e per certi fenomeni toracici che si svilupparono dopo l'operazione. L' infermo dal primo al quattro febbraio presentò tutti i fenomeni fisici d' una bronchite diffusa ed un vasto versamento nel cavo pleurico destro, che si estendeva sino a livello del 2. spazio intercostale come fu riconfermato dal Prof. A. Rubino. Il giorno cinque o sei l'essudato pleurico era completamente assorbito, pochi altri giorni durarono i fatti bronchiali.

Durante questo periodo la lingua dell'infermo era coverta di una patina giallo-brunastra, l' alito puzzolente; aveva rutti, sete viva e singhiozzo. La faccia ansiosa e stralunata, la intelligenza diminuita e la stitichezza mi fecero ritenere trattarsi di uremia per compenso insufficiente da parte del rene destro.

Circa poi il versamento pleurico a destra non saprei indicarne con precisione la natura, faccio solo notare che i fenomeni toracici ed i disturbi del sensorio rimisero in seguito a profusa diarrea. L'infermo si attenne al regime latteo assoluto per più di un mese di degenza ospedaliera; come cura terapeutica gli fu somministrata la caffeina 0,60 gr. al giorno in tre iniezioni ipodermiche.

Dei versamenti nelle cavità sierose da Laverans e Teissier furono notati a proposito della nefrite epiteliale cronica. Essi ritengono che in simile morbo le infiammazioni delle sierose sono abbastanza frequenti (81 sopra 292 casi); attaccano per ordine di frequenza: la pleura, il peritoneo, il pericardio; le sierose articolari; compariscono bruscamente, dànno luogo ad un essudato abbondante a non si manifestano in generale con reazioni molto rilevanti ciò che spesso le fa passare inosservate.

Eichorst (Pat. e ter. speciale medica, 2. V. pag. 111) a proposito dell'uremia dice: Il processo uremico dà una indiscutibile predisposizione alle flogosi delle membrane sierose. Il più di frequente si sviluppa pleurite, il più di rado meningite, però la malattia fondamentale non è senza influenza, in quanto p. es. nella degenerazione amiloide del rene è proprio il peritoneo che presenta grande tendenza alla flogosi. Bartels in un caso osservò infiammazione dell'articolazione del ginocchio. Le flogosi possono essere di natura sierosa, purulenta ma non di rado anche emorragica.

Ciò premesso ritengo che nel mio operato la pleurite essudativa a destra ebbe origine da germi provenienti dalla regione lombare attraverso i linfatici di comunicazione con il cavo pleurico. La facilità dell'assorbimento del liquido essudato, la febbre non molto elevata, la massima tendenza alla diffusione del processo, la natura sierosa dell'essudato come risultò da una puntura esplorativa, mi fanno ritenere che la pleurite era dovuta a germi infettivi della loggia renale, germi attenuati, che in altre condizioni generali dell'infermo non avrebbero prodotto quel versamento come succede negli uremici, che hanno le sierose poco resistenti ai morbi infettivi.

Dal lato operativo fo notare che in casi di nefrectomia per ferite renali o di reni poco o niente aumentati di volume non é da pre-

ferirsi al metodo lombare il metodo extraperitoneale lombo-addominale, il quale riesce eccellente nei casi di tumori enormi del rene, ove solo in questo modo si può accedere sul peduncolo renale, che trovasi di molto allontanato dalla parete posteriore e mediana dell'addome, laddove nei casi di nefrectomia per ferite del rene riesce molto incomodo nello aggredire il peduncolo del rene messo profondamente nella sua loggia.

8. Branca Raffaele di Pasquale, di anni 13, da Arzano con ferita da punta e taglio a sinistra della regione ombelicale con fuoriuscita d'epiploon. Operato di laparotomia con taglio xifo-ombelicale non si rinvenne nessun viscere ferito. L'epiploon fuoruscito fu reciso per scongiurare una possibile sepsi. Sutura a piani staccati dalla ferita laparotomica. La guarigione s'ebbe in sedici giorni essendo stato lo infermo ricevuto il 9 aprile 1897 e dimesso dall'ospedale il 25 dello stesso mese.

9. Lampiase Vincenzo di Ferdinando di anni 16, da Napoli, con ferita da punta e taglio della regione epigastrica lunga 2 cm. profonda da ferire la piccola ala del fegato in tutta la sua spessezza. Laparotomia col taglio in fuori del retto di destra, sutura del fegato con tre punti staccati, due molto lontani dalla ferita ed uno marginale; sutura della ferita laparotomica a piani staccati.

L'infermo entra il 20 novembre 1897 ed esce guarito il 1 dicembre 1897.

10. Mauro Giuseppe di anni 36, da Napoli fu rinvenuto con ferita da punta e taglio dall'epigastrio, lato sinistro, lunga 2 cm. circa, profonda da ledere a tutta spessezza la parete anteriore della grossa tuberosità dello stomaco. In questo infermo feci l'incisione xifo-ombelicale. Lo stomaco era enormemente disteso, avendo l'infermo mangiato da poco; sulla parete anteriore della grossa tuberosità esisteva una ferita lunga 3 cm. con versamento del contenuto gastrico nel cavo peritoneale. La sutura dello stomaco fu quella alla Lembert-Apolito.

La disinfezione del cavo peritoneale fu fatta prima con il nettamento mediante batuffoli sterilizzati, poscia con irrigazione di acqua sterilizzata seguita da quelle di sublimato all'uno per diecimila. Malgrado ciò l'infermo morì dopo 48 ore di peritonite acuta.

11. Esposito Gennaro di Luigi, di anni 11, fu ricevuto con ferita da punta e taglio a sinistra dell'ombelico, lunga 2 cm. profonda in cavità con fuoriuscita d'epiploon. Operato di laparotomia con incisione xifo-ombelicale, nessun viscere fu trovato ferito, l'epiploon fuoriuscito fu resecato. Il cavo peritoneale è lavato con acqua sterilizzata e cloruro di sodio al 7 00[00. Esce guarito dopo sette giorni dalla sua ammissione, che avvenne la sera del 16 ottobre 1898.

12. Di Napoli Raffaele, di anni 38, è ricevuto con ferita da punta e taglio dell'epigastrio, parasternale di destra prolungata, lunga 2 cm. profonda in cavità.

E' operato di laparotomia col taglio extrarettale di destra, nessun viscere fu trovato leso, lo stomaco era vuoto. L'infermo operato il giorno 2 ottobre 1898 esce in via di guarigione il 16 dell'istesso mese cioè dopo 14 giorni. Nel decorso post operativo, che si può dire apirettico sul principio, dopo sei giorni dalla rimozione dei punti della sutura cutanea, accadde un ascesso del connettivo sottocutaneo che venne subito aperto e trattato con cloruro di zinco in primo tempo e tintura jodo-jodurato in seguito. L'infermo si condusse al dispensario esterno dell'ospedale per circa altri 25 giorni, e guarì dopo la fuoriuscita di alcune anse di seta della sutura muscolare.

13. Grimaldo Pasquale fu Agnello, di anni 35, fu ricevuto con ferita da punta e taglio a destra dell'epigastrio tra terzo medio e terzo inferiore dello spazio xifo-ombelicale, lunga 2 cm. profonda in cavità con lesione dello stomaco come risulta dall'ematemesi. Taglio mediano laparotomico xifo-ombelicale. Lo stomaco è ferito presso la sua piccola curva per due centimetri di lunghezza, dalla ferita fuoriesce sangue, e malgrado che lo stomaco fosse enormemente disteso pure non vi è ombra di versamento nel cavo peritoneale. Nondimeno la cavità peritoneale vien trattata con acqua sterilizzata a poi con soluzione di sublimato all'uno per diecimila, ed infine con acqua sterilizzata.

Durante l'atto operativo lo stomaco si vuotò di cibi ingeriti e sangue, l'emorragia si arrestò subito con la sutura alla Lembert-Apolito, colla quale ebbi cura di comprendere la sottomucosa e i due estremi di una arteriola recisa. Sino al dì seguente l'infermo non ebbe ripetizione d'ematemesi quando in seguito d'abbondante ingestione di ghiaccio si ebbe dapprima vomito e poi ematemesi, che si arrestò facilmente con vescica di ghiaccio allo epigastrio e qualche iniezione di estratto idroalcolico di segala cornuta Iwon. In seguito di questo fatto per lesione dello stomaco adopererò sempre la sutura di Lembert-Czerny.

L'infermo ammesso il 25 ottobre 1898 esce guarito il dì otto novembre 1898 cioè dopo 14 giorni di degenza ospedaliera,

Al prof. Caccioppoli rendo pubbliche grazie, perchè in qualità di Direttore Sanitario mi permise di lavorare nel teatro anatomico concedendomi il materiale opportuno che il caso richiedeva.

BIBLIOGRAFIA

Riforma Medica, 9 e 10 dicembre 1898. — Nèlaton. Elementi di Patol. Chir. — Murphy. *Riforma Medica* V. 2 Pag. 3. 1894 e *Medical Record*, 1894.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA PSICHIATRICA DI BERLINO. Prof. Mendel

Epilessia cursoria

D.r Schuster e Mendel, assistenti

Nelle sue forme tipiche l'epilessia è una malattia facilissimamente diagnosticabile, però accanto a tali forme morbose chiare, nette ve ne sono delle altre, che presentano un quadro fenomenico monco, atipico, in modo che si avvicinano ad altre nevrosi e la diagnosi diventa difficile. Per le forme atipiche merita di essere menzionata quella studiata da parecchi autori, a cui hanno dato il nome di « Epilessia procursiva o cursoria ». Alcune volte si osservano casi in cui si hanno durante l'accesso epilettico dei movimenti rotatorii del corpo, tale forma simile alla « cursoria » vien detto « rotatoria ». — Mentre secondo alcuni autori (Buttner-Baumstark) questo fenomeno rappresenterebbe un semplice equivalente psichico-epilettico, e l'epilessia procursiva, non si differenzierebbe per nulla nè dal punto di vista anatomico, nè da quello prognostico, dalle ordinarie forme epilettiche; secondo altri autori invece (Bourneville e Briçon, Delbreil, Mairet), l'epilessia-cursoria rappresenterebbe una entità clinica a sè, provocata da determinate lesioni cerebrali, lesioni che non si riscontrano nella epilessia genuina e che influiscono sulla prognosi e sulla terapia della epilessia procursiva. Secondo gli autori francesi, che sostengono questa ultima ipotesi, l'epilessia cursoria sarebbe una malattia della prima infanzia, cioè essa sarebbe dovuta ad una alterazione cerebrale prodottasi o nella vita fetale, o nei primi mesi della vita extrauterina.

Mendel e Schuster hanno avuto occasione di osservare in questi ultimi tempi alcuni casi appartenenti al gruppo dell' epilessia procursiva.

Caso 1° — Käthe B., di anni 16. La madre soffre di emicrania. Nulla nel gentilizio. Bambina nel sonno stesso digrignava i denti, mai però ebbe sussulti, nè ebbe mai a bagnare il letto. A 4 anni soffrì di bronco-pneumonite. A 14 anni mestruò per la prima volta regolarmente. Di carattere emotivo, irascibile, attaccabrighe, nella scuola era molto disattenta, perciò non fece tanti progressi nello studio. È fortemente libidinosa. Nel giugno 1895 ebbe il primo accesso convulsivo che si ripeteva ogni quattro settimane, quasi al principio del mese. Prima della convulsione si manifestava l'aura (vertigine), indi dei sussulti generali, e perdita della coscienza.

Entrò in clinica in novembre 1895. L'esame obbiettivo della inferma mostrò che essa era mediocremente sviluppata e che non presentava segni di anemia. Accanto agli accessi convulsivi epilettici tipici, che s'iniziavano con capogiri, se ne osservano degli altri, caratteristici in quanto che consistevano in questo che l'inferma priva di sensi si rotolava su sè stessa sul letto. Mancava il grido. non si mordeva la lingua, non si aveva perdita di urina, talvolta veniva fuori un po' di schiuma dalla bocca.

Dopo tali accessi, si addormentava profondamente pallidissima in volto e con respiro stertoroso. Diagnosi: epilessia rotatoria. La terapia bromica rimase senza successo. Il 7 dicembre l' inserviente della clinica sino all'una dopo mezzanotte vide la paziente che dormiva placidamente. La mattina del giorno seguente si trova morta, bocconi, col capo quasi interamente infossato nel cuscino, il naso contuso la bocca mezzo aperta. Le mucose erano pallidissime. Nella sala nessuno degli infermi aveva inteso un lamento, nè aveva avvertito l' accesso convulsivo che fu causa della morte della povera ragazza.

Certamente di notte aveva avuto un accesso epilettico rotatorio, aveva infossato la testa e la bocca nel cuscino e si era soffogata. Questo caso disgraziato è un monito per la vigilanza di tutti gli epilettici e in ispecial modo ci avverte di raddoppiare di sorveglianza nelle forme di epilessia rotatoria.

Caso 2ª — Marta K. di anni 35 sarta. Sua cugina dal lato paterno è epilettica. All'età di 3 anni precipitò da una scala alta un metro e mezzo, perdette la coscienza, ma non riportò alcuna lesione esterna. A 17 anni ebbe il tifo. Le sofferenze attuali datano da 6 anni. Consistono in ciò che quasi giornalmente è colta da un accesso epilettico per cui perde la coscienza, salta, grida lievemente e per lo più gira a sinistra. Durata un minuto. Assenza di aura. Non sussulti, nè perdite di urine. Non si morde la lingua. Entra in clinica il 7 giugno 1898.

Obiettivamente non sembra una inferma poichè, quantunque un po' pallida, poi è robusta e non sembra sofferente.

Da quando è entrata in clinica gli accessi si ripetono da 2 ad 8 volte al giorno, in parte con caratteri di epilessia tipica, però in gran parte gli accessi si manifestano in tal modo. La paziente getta un piccolo grido, e poi gira verso sinistra e indi circolarmente, colle braccia tonicamente contratte, e il volto presenta una espressione di terrore e di angoscia. Ciò dura 1/2 - 1 minuto. Indi per circa tre minuti trovasi in istato di offuscamento ed automatismo (alle domande che le si rivolgono ora risponde col dire semplicemente : Silenzio ! tale altra si siede su di un tavolo e parla in modo confuso). Dietro forti dosi di bromuro (3 volte al giorno 3 grammi), gli accessi si allontanarono, in modo che per un mese e mezzo non ne ebbe assolutamente alcuno, soltanto il 4 agosto ebbe 5 altri accessi leggeri. Si ritorna al bromuro e fino ad ora non ha avuto più nulla.

Caso 3° — Interamente simile al precedente. Ar-

turo Sch. di anni 25. All'età di tredici anni ebbe i primi accessi epilettici con perdita di coscienza, che si ripetevano ogni due giorni e duravano due minuti. Movimenti rotatori, convulsioni tonico-cloniche. Aura; vertigine. L'intelligenza era molto tarda.

Caso 5° — Il seguente caso, presenta il quadro clinico della epilessia procursiva pura, e mostra come l'epilessia si sia svolta nel quarto decennio di vita senza che prima vi fosse stato alcun accenno del male.

Karl L., di anni 39, banchiere. Una sorella è malinconica, un'altra soffre di cefalea. Nel 1875 ebbe una pneumonite. È discretamente bevitore di birra. Nell'inverno del 1894 ebbe principio la sua malattia. Cominciò coll'avvertire disturbi di emionopsia, indi ebbe cefalea, vertigine etc. Nel gennaio 1895 si manifestarono i primi accessi di epilessia cursoria, durante i quali egli usciva, camminava non avendo coscienza di ciò che faceva. Una volta salì due piani di una casa e indi cadde dalla scala. In clinica entra in dicembre 1897, e si trovano i segni obiettivi di una arterio-sclerosi, del resto tutte le altre ricerche riescono negative, specialmente l'intelligenza è ottima.

Quasi giornalmente è preso da accessi epilettici, che cominciano con una lieve aura, indi grida: Oh Dio, oh Dio! e comincia a camminare per 8-20 secondi lungo la stanza.

Non si morde la lingua, non manda schiuma dalla bocca; non perde le urine: La bromo-terapia non portò quasi nessun miglioramento, come del resto anche gli altri medicamenti.

In questi quattro casi sommariamente descritti, le ricerche cliniche mostrarono l'assoluta normalità del fondo oculare, come anche l'integrità anatomica dei centri nervosi. Per tanto non si può ammettere cogli autori francesi che l'epilessia cursoria sia una malattia organica, una entità clinica a sè, per noi essa è una modificazione del quadro clinico della epilessia genuina. In quanto alla cura, spesso tutti i farmaci restano impotenti a domarla, talora (come nel secondo caso) la bromo-terapia ad alte dosi riesce uno specifico meraviglioso (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 28, 11 luglio 1899).

Movimento biologico universale

1. Morano e Baccarani fanno delle « **ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati** ». Vengono alle seguenti conclusioni: 1° La saliva mista umana è tossica pel coniglio; 2° Questa tossicità è in media di c.c. 20,738 per kgr. di coniglio (salivotossia sperimentale). 3° La tossicità varia notevolmente da individuo ad individuo, avendo oscillato da c. c. 5, 142 (tossicità vera) a c. c. 53,594 (tossicità sperimentale); 4° Essa non mostrò avere alcun rapporto collo stato di salute o d'infermità, beninteso riguardo a quelle malattie prese da loro in esame; 5° E neppure trovasi in rapporto col peso specifico, grado di alcalinità e quantitativo della ptialina e mucina; 6° La morte dell'animale avviene con fenomeni a prevalenza convulsivi. (*La Settimana medica*, n. 27, 8 luglio 1899).

2. Lannelongue e Galliard hanno presentato una nota sulla « **tossicità urinaria nei bambini e nell'appendicite in particolare** ». Nei bambini la tossicità è inferiore a quella dell'adulto. La media del coefficiente uro-tossico è di 533 cc. Nell'appendicite acuta le urine sono ancor più tossiche della norma; il valore dell'urotossia varia da 19-50 (media 32), cioè tre volte più forte che in un soggetto sano. La densità, il colore, la somma delle materie estrattive sono differenti che allo stato normale; tutti questi elementi figurano nella massima quantità nell'urina patologica e contribuiscono a darle una parte della sua tossicità. (*Acadèmie des sciences*, 19 giugno 1899).

3. Blessich a proposito della malaria difende la « **questione delle zanzare** ». Dice che la teoria della trasmissione della malaria a mezzo della puntura dei ditteri trova appoggio non solo nel laboratorio, ma anche nelle osservazioni che si fanno nei luoghi malarici. Le prove profilattiche consistono nell'impedire, con reticolati metallici fissi, l'entrata delle zanzare malariche nelle abitazioni. (*Giornale internazionale di scienze mediche*, fasc. 12, 30 giugno 1899).

4. Ronald Ross tratta della « **estirpazione della malaria** » in vista dell'importanza ormai riconosciuta alle zanzare nella diffusione delle febbri palustri. Egli crede che studiando bene la biologia delle zanzare e il loro preciso ufficio nella disseminazione dei germi della malaria, si potrà trovare un mezzo sicuro per bonificare alcune regioni. Per ora bisogna provvedere ad una adatta canalizzazione dei terreni ed al completo prosciugamento delle acque stagnanti, (*Britisch medical journal*, n. 2009, 1 luglio 1899).

5. Guinon e Ribierre a proposito delle « **cause della uremia convulsiva** », riferiscono un caso osservato da loro, che conferma l'idea di Widal che cioè l'uremia convulsiva è probabilmente spesso una vera epilessia risvegliata dall'auto-intossicazione. Infatti l'individuo da loro osservato in preda ad uremia convulsiva, bambino aveva sofferto di epilessia. Le predisposizione nervosa pertanto è un elemento importante nella genesi dell'uremia convulsiva, (*Societé médicale des hôpitaux*, seduta del 16 giugno 1899).

6. Loewenfeld, porta un altro contributo allo studio dei « **disturbi trofo-neurotici cutanei**, » descrivendo un caso di neurosi cutanea osservata in una donna sotto l'azione dell'aria o del-

l'acqua fredda, cominciava a notare un arrossamento nella cute del volto, nelle mani, e anche nel labbro, seguito da prurito e talora da eruzione di vescicole, e da edema. Si ebbe una certa quale miglioria dopo la cura elettrica. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 27, 4 luglio 1899).

7. CASTERET, riferisce alcuni « **studi sulle eruzioni mal caratterizzate della vaccina** ». Le conchiusioni a cui viene sono le seguenti: 1° I noduli dubbi sono di natura vaccinale; il loro innesto nella vacca dà un'eruzione tipica di vaccina. 2° Essi costituiscono una vaccina quasi abortita; che rende però l'individuo immune sino a che una nuova rivaccinazione, praticata tre mesi dopo, resti completamente sterile. 3° Il vaccino proveniente dai bottoni dubbi è un vaccino debole; la sua modificazione proviene dal suo passaggio in un organismo che possiede un certo grado d' immunità, infatti il suo innesto in una vacca dà una eruzione ritardata, (*La Presse mèdicale*, N. 30, 24 giugno 1899).

8. TH. BUDINGEN si occupa dell' « **azione catalitica della corrente galvanica nella stasi circolatoria** ». Secondo lui la galvanizzazione induce processi elettrolitici nella profondità dei tessuti; mercè i quali processi viene favorita la circolazione. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 26, 1899).

9. BOUNHIOL si occupa di studiare clinicamente la « **nuova tubercolina TR di Koch** ». Egli conchiude (e la maggior parte degli autori francesi che l'hanno esperimentata sono d'accordo con lui) che i lievi miglioramenti constatati nel corso del trattamento colla tubercolina TR sono molto verosimilmente delle migliorie spontanee, dovute piuttosto al trattamento igienico concomitante. La tubercolina TR, pertanto, a dire del Bounhiol, è un medicamento inutile, quanto talora cattivo, per l'influenza molesta che in certi casi esercita sull'appetito e sullo stato generale degli infermi. (*Thesé de Lyon*, 1898-99).

10. BOSSE, volontario alla clinica dell' Unverricht, studia « **l'azione terapeutica del dializzato di digitale** ». Si tratta di un nuovo, diciamo così, estratto di digitale, preparato per dializzazione. Sembra che questo preparato sia più dosabile degli altri e che contenga tutti i principi attivi della pianta. In parecchie cardiopatie con disturbato compenso il Bosse lo ha somministrato (a gocce da 20 a 30, tre volte al giorno) ed ha ottenuto ottimi successi (*Centralblatt für innere medicin* n. 27, 8 luglio 1899.

PATOLOGIA MEDICA

L'ETIOLOGIA DELLE CIRROSI EPATICHE

La cirrosi del fegato è il risultato di certi veleni o di alcuni corpi producenti delle tossine, come microorganismi, che giungono al fegato. I fattori in questione possono pervenire al fegato dalla vena porta o dall' arteria epatica; in altri termini, possono provenire dal canale alimentare o dalla circolazione generale.

Quando l' agente attivo perviene al fegato dalla vena porta, la cirrosi che ne risulta è d'ordinario una cirrosi di tipo venoso o portale, se il fegato è affetto secondariamente ad un'infezione arteriosa o tossicoemica, la cirrosi è spesso di tipo misto ed allora somiglia a quello della cirrosi biliare. È però vero che in alcuni casi, in cui il veleno arriva per l'arteria epatica, la cirrosi è di tipo ordinario.

Volendo passare in rassegna l'etiologia della cirrosi, sarà opportuno in primo luogo di considerare i veleni ed i microorganismi che giungono al fegato per la vena porta, poi quelli trasportativi per mezzo dell'arteria epatica, ed infine di dire alcune parole sulla cirrosi biliare.

I veleni del primo gruppo possono essere divisi in 3 categorie: 1) quelli introdotti nel canale intestinale dall' esterno, alcool ed altri veleni ingeriti, 2) quelli che si producono nel canale alimentare come risultato di digestione difettosa e di fermentazioni, 3) il veleno della sifilide congenita trasportato dalla vena ombelicale.

Riguardo alla questione se l'alcool sia la causa della cirrosi, i fatti clinici e sperimentali non sono di accordo. La cirrosi non é frequente tra i bevitori. Il contrasto strano fra la frequenza colla quale l'alcoolismo fa capolino nella storia dei casi di cirrosi e la percentuale di cirrosi nei bevitori può forse venire spiegato ammettendo che quando il fegato è suscettibile e facile ad ammalarsi per effetto dell' alcool esso vien affetto rapidamente e che così prima che i segni tipici dell' alcoolismo divengano pronunziati, il caso assume l'aspetto della cirrosi epatica. Vi hanno parecchi casi di cirrosi ordinaria, specialmente nei fanciulli, dove può escludersi l'alcoolismo quale fattore antecedente nella produzione della cirrosi.

Di tutti gli sperimentatori che hanno tentato di produrre la cirrosi epatica negli animali, sottoponendoli all'uso prolungato dell'alcool, introducendolo nello stomaco o nella vena porta, il solo Rechter vi è riuscito nei cani e nei conigli. Dai quali esperimenti risulta che l' alcool é un veleno protoplasmatico, il quale produce degenerazione grassa delle cellule epatiche e qualche volta aree di necrosi centrale, attorno alla quale può aversi un po' d'infiltrazione; ma è arrischiato il mettere queste lesioni accanto a quelle della cirrosi. Dacchè

l'alcool solo non è sufficiente a spiegare la cirrosi nell'uomo e negli animali, l'associazione non dubbia fra l'alcoolismo e la cirrosi deve essere spiegata in altra guisa. Due teorie meritano di essere riferite: 1) che, malgrado l'alcool etilico ordinario non produca da solo la cirrosi, le bibite alcooliche sono responsabili della cirrosi in virtù di altre sostanze in esse contenute. Si è detto che l'alcool amilico è il fattore importante, ma ciò richiede una prova definitiva. L a n c e r e a u x crede che il solfato di potassa, col quale i vini vengono abbondantemente ingessati in Francia (4 a 6 gr. per litro) sia il fattore causale della produzione della cirrosi. La teoria di L a n c e r e a u x è però invalidata dal fatto che non è stata dimostrata la presenza del solfato potassico nelle bibite alcooliche in altre regioni dove la cirrosi è comune, e che dopo il 1891, nella quale epoca venne ridotta per legge a 2 gr. per litro la quantità di solfato di potassa, la cirrosi avrebbe dovuto diventare più rara, e questo non è certamente il caso. 2) Secondo l'altra teoria, l'alcool agisce secondariamente, sia producendo un catarro gastro-intestinale, quindi sostanze tossiche, le quali se trasportate al fegato producono cirrosi, sia agendo sul fegato contemporaneamente a veleni batterici, abbassandone la resistenza, cosicchè la cirrosi risulta dagli effetti di quest'ultimi. Non havvi a scegliere molto fra queste due ipotesi, e non è necessario, nè possibile di adottare esclusivamente l'una o l'altra. Non è improbabile che siano vere entrambe. L'importanza dell'alcoolismo si è molto esagerata, e non è sufficientemente riconosciuto che altri fattori possono produrre cirrosi e che un difetto congenito od acquisito di resistenza dalla parte del fegato è di grande importanza.

Riguardo alle cirrosi prodotte da altri veleni della 1ª categoria, vi sono numerosi casi di cirrosi senza dubbio non alcooliche, specialmente nei bambini.

In alcuni di questi è stata riconosciuta una vita lunga, mentre occasionalmente due od anche più membri della famiglia sono stati affetti dalla cirrosi epatica nei primi anni di loro vita. Sono registrati dei casi nei quali si faceva uso di pesci salati con aceto, ed altri nei quali si sono incolpati il pepe, sostanze aromatiche e cibi fortemente conditi. Ma qui è difficile la distinzione tra i veleni ingeriti e che dànno origine alla cirrosi in virtù della proprietà irritanti a loro inerenti e quei fattori che producono catarro gastro-intestinale e cirrosi dispeptica.

Sono descritte nella letteratura dei casi di cirrosi antracotica in connessione con l'antracosi polmonare e con la silicosi (A d a m i, L a n c e r e a u x, W e l c h) ed uno di cirrosi epatica con deposito di argento nel fegato (F r o m m a n n) in un caso di argirosi. Un certo grado di silicosi epatica si è ottenuto alimentando gli animali col piombo (L a f i t t e), ma clinicamente il piombo non è stato considerato come causa di cirrosi (L a v r a n d). B o u c h a r d, iniettando piccole quantità di naftolo nella vena porta, produsse fibrosi epatica. C h a r r i n vide prodursi infiltrazione pericellulare nei canali portali iniettando colture bollite del *bacillus pyocianeus* nella vena porta, e K r a m k o w produsse una cirrosi sperimentale introducendo nel canale alimentare culture di *staphylococcus pyogenes aureus* e d'altri microorganismi.

Riguardo alla categoria delle cirrosi dovute all'azione sul fegato dei veleni manifatturati nell'intestino, B o i x ed H a n o t hanno descritto una cirrosi non alcoolica dovuta a dispepsia. La cirrosi attribuita alla gotta può essere di questa natura, mentre la cirrosi non alcoolica nei maomettani e nei nativi, dell'India e dell'Egitto, fu già da lungo tempo riferita da B u d d all'azione del pepe, delle sostanze aromatiche ecc. può ritenersi come dipendente dagli effetti irritanti dell'acido acetico, butirrico, lattico e d'altri acidi che si producono in conseguenza di fermentazioni intestinali. Havvi poi la cirrosi così detta cardiaca, la quale però è lieve e di poca importanza clinica. Nella febbre tifoide s'incontrano spesso aree necrotiche, e linfomi: le cellule epatiche degenerano ed un certo grado di infiltrazione di piccole cellule rotonde circonda l'aree necrotiche. Anche il colera è stato incriminato come una delle cause della cirrosi.

Riguardo alla 3ª categoria, nella sifilide congenita il sangue contenente la tossina perviene per la vena ombelicale nelle branche della vena porta e quindi nel fegato. La cirrosi che ne risulta è una cirrosi pericellulare diffusa. In casi eccezionali simili alterazioni si trovano nella sifilide acquisita. In un 2° gruppo di cirrosi vanno comprese quelle dovute a microorganismi assorbiti dal canale alimentare e che pervengono al fegato per mezzo della vena porta. Le cirrosi così prodotte dovrebbero dirsi infettive o settiche per contraddistinguerle dalle cirrosi tossiche. A d a m i ha trovato il *bacterium coli* quasi costantemente nel fegato umano. Quando il fegato è sano, sembra che i bacilli vengano distrutti dall'azione battericida delle cellule epatiche. Nella cirrosi progrediente assieme ai bacilli morti, vi sono alcune aree dove essi sembrano attivi. Ciò rende probabile che il bacillo del colon virulento in alcune condizioni di diminuita resistenza delle cellule epatiche, quale può essere prodotta dall'alcool, possa produrre la cirrosi.

Vi ha un altro gruppo di cirrosi dovute alla presenza d'un veleno nel circolo generale, che giunge al fegato per mezzo dell'arteria epatica come nell'infezione tifoide senza lesioni intestinali. K l e i n descrive un'epatite interstiziale avuta nella scarlattina e recentissimamente. P e a r c e ha riscontrato necrosi centrale delle cellule epatiche. Nel morbo di B a n t i, che è probabilmente di natura tossiemica, il fegato può presentare una fibrosi secondaria. In rari casi di diabete mellito, la cirrosi

complica la malattia originale, e può aversi una forma peculiare di cirrosi pigmentata; si può ammettere che questa cirrosi è dovuta ad una condizione tossica del sangue analoga a quella che dà origine alla nevrite diabetica. Sperimentalmente si è ottenuto un certo grado di fibrosi epatica coll'avvelenamento prolungato con veleni vegetali, minerali e batterici, inoltre coll'iniezione poco intensa e lenta di veleni batterici o di altri veleni, come carbonato di ammoniaca, indolo, scatolo, fenolo (Rovighi), sulfonale nel circolo, coll'iniezione sottocutanea d'olio fosforato nei conigli.

Havvi un ultimo gruppo di cirrosi dovuto alla presenza di microrganismi nella circolazione generale, che raggiungono il fegato e qui producono dei veleni che dànno origine alla cirrosi. Nell'infezione ematica ordinaria le alterazioni epatiche sono acute e dànno luogo sia alla suppurazione o a lesioni degenerative estese associate a atrofia giallo-acuta. In casi d'infezioni purulente del sangue può originarsi un certo grado di cirrosi. La cirrosi malarica è un esempio degli effetti epatici che seguono all'infezione ematica.

É stata descritta anche una cirrosi consecutiva all'endocardite infettiva ed alla setticemia puerperale. In casi di setticoemia tifoide generale, nella quale possono mancare le lesioni intestinali, è possibile l'infezione del fegato per mezzo dell'arteria epatica. In quindici casi di questa specie messi insieme da Bryant, vennero coltivati i bacilli del tifo dal fegato in 4 casi.

Riguardo alla cirrosi biliare, il punto d'importanza pratica che risulta dall'esame della patologia umana e della legatura sperimentale dei dotti biliari è che l'infiammazione di questi può dare origine a fibrosi pericolangitica; ma ch'essa non è comparabile colla cirrosi ordinaria. La questione se l'ostruzione dei dotti e l'ostruzione biliare sia seguita da formazione di tessuto fibroso o no, è interessante per una discussione patologica accademica, se la lesione è così lieve che non ha importanza pratica sulla produzione della cirrosi biliare nel senso clinico.

Havvi poca o nessuna ragione a pensare che cirrosi di qualche importanza clinica sia dovuta ad un'angiocolite ascendente ovvero sia secondaria all'ostruzione meccanica dei dotti di maggior calibro; ma sembra che l'angiocolite dei dotti più piccoli, dovuta a tossine o a microrganismi che venivano dal circolo generale, sia una causa molto probabile di cirrosi biliare.

BIBLIOGRAFIA

Lafitte, *Thése de Paris*, 1892.—Lanceraux, *Acad, de Méd. Sept.* F. 1897. — Adami. *Sajous' Annual*, 1898, p. 313.—Frommann, *Arch. f. Path. Anat. u. Physiol.*, Berlin, 17, 3, 135, 1860. — Bouchard. Thèrapeutique des Mal. Infect., p. 313, 1889. —Charrin. *Arch. de Physiol.*, 1893, p. 554.—Hanot. *Arch. gen. de Méd.*, gennaro 1899. — Adami, *Brit. med. Jour.*, 1890. — Rovighi, *Morgagni*, 15, 1897.—Rolleston. *The Quarterly medical Journal*, vol. 7, luglio 1899.

FORMULARIO

Fournier. **— Contro la caduta dei capelli**

Alcoolato di rosmarino	ana gr.	150
Balsamo di Fioravanti		
Ammoniaca liquida	»	2

per lozioni.

Trousseau. **—Contro la caduta delle ciglia**

Vaselina	gr.	10
Olio di ricino	»	4
Acido gallico	»	1
Essenza di lavanda	gocce	VIII

per pomata.

Legrand. **— Soluzione anestesica emostasica per ottenere l'anestesia dentaria**

Gelatina pura	gr.	2
Cloruro di sodio puro	»	0,70
Fenolo.	»	0,10
Cloridrato d'eucaina B	»	0,70
» di cocaina	»	0,30
Acqua distillata q. b. per . . .	cc.	100

da applicare con batuffoli.

NOTIZIE E VARIETA'

Per gli studi sulla malaria

Il Consiglio superiore di sanità, presieduto dell'on. Baccelli, ha preso atto degli studi e dei numerosi esperimenti compiuti dal prof. Giambattista Grassi, insegnante di anatomia comparata nell'Università di Roma. Dopo aver rilevata l'importanza scientifica e pratica di questi studi, che ridondano ad onore della scienza italiana, ha stabilito un fondo perchè siano accordati al prof. Grassi i mezzi per continuare le esperienze felicemente intraprese.

Società italiana di Laringologia Otologia e Rinologia

La prossima quarta riunione della Società [Presidente Gradenigo (Torino). Vice Presidente prof. Giulio Masini (Genova], si terrà in Roma nell'ottobre prossimo, nei giorni che saranno stabiliti dal programma definitivo.

Le relazioni avranno per oggetto i seguenti temi:

Otologia. Poli prof. Camillo (Genova). Vie e modi di diffusione della infezione timpano-mastoidea.

Rinologia. Grazzi prof. Vittorio (Pisa). Sulla fisiopatologia dei nervi olfattivi.

Laringologia. Trifiletti prof. A. (Napoli). Lesioni parasifilitiche della laringe.

All'ordine del giorno sarà pure messo il tema: Il titolo di specialista in Oto-Rino-Laringologia. I titoli delle comunicazioni che s'intendono fare in questa riunione, entro il 31 agosto dovranno essere indicati al segretario del Consiglio direttivo signor dottor V. Garzia, Napoli, Via Maddaloni a Toledo, n. 6.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella II, 13, 14

SOMMARIO

RIMEDII NUOVI

IL NAFTALANO

Il naftalano non è propriamente un nuovo preparato, perchè, come fa osservare Rosenbaum, è conosciuto da secoli il suo componente principale, la nafta, che si trova nel Caucaso in luogo chiamato appunto Naftalano, da cui prende nome anche un unguento e che viene usato per bagni. Quivi nei mesi più caldi dell'anno, 500 a 600 ammalati vanno nella città di Naftalano, al cosiddetto bagno santo, per curarsi di dolori reumatici, gottosi, di malattie cutanee. In altri termini il Naftalano per quelle genti è come una stazione termo-minerale. Di qui è venuto l'uso della nafta grezza, donde, mercè distillazione frazionata, è stato preparato un unguento che è il naftalano. Esso è perciò un prodotto estrattivo, un prodotto di catrame di carbon fossile e nello stesso tempo un distillato di nafta, che si prepara senza aggiunta di acidi e di alcali liberi ed è privo di paraffina, di componenti resinosi o della specie dell'asfalto,

Si presenta in forma di una massa nero-verdastra della consistenza normale di un unguento, del peso specifico di 0,960, di reazione neutra. Ha lo speciale vantaggio che il suo punto di fusione è straordinariamente elevato per un unguento, cioè 66° C, e perciò anche nel forte calore dell'estate e col calore del corpo conserva la sua consistenza ordinaria. Non si decompone mai e può durare per anni. Non macchia quasi per nulla la biancheria. La benzina è quella che meglio si presta per toglier via il naftalano. Esso contiene 96-97 p. di nafta e 3-4 p. di sapone privo di acqua. Nell'acqua e nella glicerina si emulsiona, però in presenza di un eccesso di gomma arabica. Queste emulsioni non sono pratiche perchè presto il naftalano si deposita. Negli oli grassi è solubile fino al 5-6 0[0.

In pratica il naftalano è stato usato nelle malattie degli organi del movimento, nelle malattie cutanee, e come mezzo per accelerare l'assorbimento.

Rohleder ne ha fatto largo uso nelle varie forme di reumatismo articolare. In 6 casi di reumatismo articolare acuto egli ottenne diminuzione del turgore e dell'arrossimento dell'articolazioni, ma i dolori non furono modificati e si dovette ricorrere alla cura interna. Il naftalano è perciò da ritenersi semplicemente come un coadiuvante del salicilato di sodio, e come una sostanza che qui agisce analogamente, sebbene in modo un po' più energico delle pennellazioni di jodo. In 5 casi di reumatismo cronico Rohleder ebbe effetti positivi, in quanto si ebbe un assorbimento parziale delle infiltrazioni articolari, ma il risultato non fu duraturo. Nel reumatismo muscolare acuto e cronico, secondo lo stesso autore, il naftalano agisce così come nell' articolare; ha semplicemente il valore di rimedio coadiuvante. In un caso di gotta il naftalano non giovò punto durante l'accesso. Nel reumatismo articolare gonorroico (2 casi) il naftalano giovò molto, in quanto che dopo 24-48 ore il gonfiore e l'arrossimento cessarono ed i dolori a poco a poco scomparvero.

Nelle malattie cutanee il naftalano ha trovato massimamente impiego. È stato sperimentato nell' eczema acuto e cronico di tutte le forme, nella psoriasi volgare, nel prurito cutaneo, nell'acne volgare e rosaceo, nelle dermatomicosi, nella scabbia, nelle ulceri della gamba, nelle scottature e nelle congelazioni. Il Klug ottenne buoni risultati nell' eczema acuto e cronico. Parrebbe che essendo il naftalano un distillato di nafta, chimicamente affine al catrame di carbon fossile, esso dovesse giovare solo in quei casi di eczema in cui è indicato il catrame, ossia in quel periodo in cui sono cessati i fenomeni inflammatori acuti. Eppure non è così, perchè il naftalano giova pure nell'eczema acuto. Rohleder ne ha avuto buoni effetti in tutte le forme di eczema.

Nella psoriasi volgare già il Kolmann ha avuto risultati favorevoli in 10 casi. Rohleder ha avuto 2 guarigioni complete, un miglioramento notevole ed uno mediocre in 4 casi. Però egli nello stesso tempo faceva la cura arsenicale. Un vantaggio del naftalano di fronte alla crisarobina ed al pirogallolo nella psoriasi è che il primo non ha alcuna azione irritante, e può essere applicato anche nella efflorescenza del volto in vicinanza degli occhi, senza che ci sia alcun risentimento da parte della congiuntiva, mentre è vietato di applicare la crisarobina sul volto. Dippiù dal naftalano non è da aspettarsi alcun'azione tossica, nel caso che sia necessaria un'applicazione troppo estesa ovvero prolungata, il che non può dirsi per altre sostanze come il pirogallolo. In media sono necessarie 3 settimane perchè scompariscano le squame e le infiltrazioni della cute. Qualche volta si ha recidiva.

Nel prurito cutaneo il naftalano giova al

pari di altri rimedii, come il catrame, il timolo, l'acido fenico, il mentolo ecc. Contro il prurito dell'ano può essere applicato il naftalano in forma di suppositorio in forte concentrazione (0,50 gr. per 2 gr. di burro di cacao).

Nell'acne volgare il naftalano è inferiore agli altri mezzi ordinariamente in uso, come il naftolo , lo zolfo, la resorcina, il sublimato ecc. Invece esso dà migliori risultati nell'acne rosacea. Rohleder in 3casi ebbe dopo 3-4 settimane un miglioramento deciso, il massimo possibile senza l'intervento chirurgico.

Fra le dermatomicosi il naftalano è stato sperimentato dallo stesso autore nell'erpete tonsurante e nella pitiriasi versicolore. Nondimeno a lui non sembra indicato l'uso del rimedio nell'erpete tonsurante perchè con la forte frizione talvolta si manifesta una follicolite artificiale. e la semplice applicazione della pomata non può avere azione antiparassitaria nella profondità dei follicoli. Risultati alquanto più favorevoli dà il naftalano nella pitiriasi versicolore, il che si spiega col fatto che il fungo rispettivo si sviluppa esclusivamente nello strato corneo dell'epidermide, ma non si approfonda, come fa il fungo dell'*herpes tonsurans* nel capello e nel suo follicolo. Sette casi di scabbia furono curati da Rohleder col naftalano. Previo un bagno saponato, egli frizionava energicamente sul corpo 50 gram. di naftalano, dopo 4 giorni faceva prendere un bagno di pulizia ed applicava una polvere indifferente (polvere d'amido), cambiando la biancheria.

L'effetto fu favorevole. Due sole volte fu necessario ripetere la frizione. Anche nelle ulcere della gamba è stato provato il naftalano. Perchè queste ulceri guariscano si richiede una sostanza che stimoli la formazione di granulazioni e di epidermide. Il naftalano ha appunto un effetto stimolante sulle granulazioni, analogo a quello del jodoformio e del dermatolo, non raggiunge l'efficacia del cloruro di zinco e dell'acido salicilico, ma è superiore all'acido fenico.

Rohleder fa la seguente cura: applica prima sull'ulcera acido salicilico in polvere, che lascia in sito per 10 minuti, e poi lo sostituisce col naftalano su tela, applica un foglio di guttaperca e fa una fasciatura fortemente compressiva, allo scopo di favorire la formazione dell'epidermide. Fra 11 casi egli ebbe buoni effetti in 7; due volte l'effetto fu negativo, in un caso si ebbero forti fenomeni irritativi.

Nelle scottature il naftalano agisce bene sopratutto in quelle di 1° e 2° grado, ed è da raccomandarsi pure nelle congelazioni.

Come rivulsivo e derivativo il naftalano è stato sperimentato nella parotite idiopatica, nell'epididimite e nei buboni, nella periflebite, nei flemmoni, nella tendovaginite, nello struma, nella sinovite sierosa acuta e cronica, in generale con risultato favorevole.

Nello stato presente, tenendo conto delle osservazioni finora fatte, si può dire che il naftalano nelle malattie degli organi del movimento, nel reumatismo articolare e muscolare è un mezzo coadiuvante della cura interna, analogo per azione ai cataplasmi caldi, agli impacchi alla Priessnitz, preferibile però alle antiche pennellazioni di jodo. Fra le malattie cutanee giova il naftalano nelle varie forme di eczema e poi anche nelle malattie parassitarie. Nelle scottature e nelle congelazioni esso agisce favorevolmente nel 1° e 2° stadio. Infine il naftalano ha un'azione assorbente sopratutto nella epididimite gonorroica, nella periflebite, nella tendovaginite e nel gozzo follicolare. Agisce pure il naftalano sulle terminazioni nervose della cute, producendo anestesia più o meno intensa. Klug ha poi ottenuto dal naftalano vantaggio nella pulmonite catarrale e fibrinosa e nella pleurite siero-fibrinosa, in cui agisce calmando il dolore, favorendo l'espettorazione ed agevolando l'assorbimento del liquido.

BIBLIOGRAFIA

Rosenbaum. 1 u. 2 *Vortrag in der Kais. Kaukasischen méd. Gesellschaft.* 1896-97. — Pezzoli. *Therap. Woch.* n. 27, 1897. — Jsaac. *Deut. med. Woch.* 52, 1896. — Rohleder. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd XXVII, 1897. — Aufrecht. *Allg. med. Centralzeit.* n. 92, 1898 e *Pharmac-Zeitung.* n. 66, 1898. — Fricke. *Zeitschr. f. prakt. Aerzte*, n. 2,3, 1899. — Merlin. *Wien. med. Woch.* n. 5, 1899. — Klug. *Wien. med. Presse*, n. 19, 1899.—Rohleder. *Therap. Monatsh.* luglio 1899.

LEZIONI ORIGINALI

Iª Clinica medica della R. Università di Napoli

MENINGITE CEREBRO-SPINALE EPIDEMICA

Lezione del direttore prof. E. DE RENZI

raccolta dal *D.r Menotti Bucco*
assistente straordinario

Questa bambina, dell'età di anni dieci, due anni or sono fu operata di una adenite al collo residuandone una cicatrice nella regione sottomascellare. Da circa due anni è affetta da otite purulenta dell'orecchio destro, per cui una discreta quantità di pus le fuoriesce continuamente dal meato uditivo; per tale affezione non ha fatto nessuna cura.

Intorno all'inizio della malattia sappiamo solo che la bambina da pochi giorni presentasi febbricitante, eccitata, con vomito e delirio durante la notte.

Colorito rosso-acceso, decubito o laterale destro o laterale sinistro con la testa fortemente piegata indietro. L'inferma non può stare supina, giacchè avverte forti dolori alla nuca e lungo la colonna vertebrale.

Temperatura 38,7. Polsi 105.

L'inferma abitualmente sta col capo forte-

mente ripiegato all'indietro, il tronco rigido, gli arti inferiori flessi sul bacino e sulle ginocchia. Questa rigidità è tale che prendendo la inferma in braccio a volte si mantiene nello attitudine che aveva stando a letto, come se fosse una statua. In generale però gli arti sono più di frequente rilasciati e si possono flettere ed estendere passivamente. Di tanto in tanto notasi generale agitazione con movimenti irregolari negli arti superiori ed inferiori.

Si è evitato un esame più accurato per non tormentarla.

Per quanto si riferisce alla sensibilità quella dolorifica è conservata; la tattile e la termica non si possono studiare mancando le risposte adeguate dell'ammalata. La vista sembra conservata, giacchè l'inferma riconosce la madre anche ad una certa distanza; l' udito è anche conservato da parte dell'orecchio sano.

Non vi è asimmetria facciale. Il riflesso congiuntivale è conservato a sinistra; leggermente diminuito a destra.

Le pupille sono piuttosto ristrette; quella di sinistra è un pò più ampia della destra, alla luce reagisce poco e lentamente.

I riflessi patellari sono quasi impercettibili, quello addominale debolissimo.

La psiche è molto obnubilata, l'inferma presenta per lo più uno stato di delirio calmo, che di tratto in tratto diviene agitato accompagnandosi a movimenti irregolari degli arti, mai a vere convulsioni. In alcuni momenti risponde a qualche interrogazione; si lamenta di dolori all' orecchio, alla gola e sopratutto al capo, senza precisarne la sede. Qualche volta ha perdute le urine nel letto.

Non esistono disturbi trofici. Strisciando coll'unghia sulla pelle dell' inferma, specie sul torace e sull' addome, si forma una macchia rossastra che persiste a lungo.

Nulla d' importante da parte degli organi interni.

Nell'urina non riscontrasi che discreta quantità di albumina, abbondanza indicano, uroeritrina e fosfati terrosi.

Il pus estratto dall'orecchio è di odore fetido e all'esame microscopico presenta numerose forme bacillari di diversa lunghezza e spessezza con assenza di cocchi.

Trattasi dunque di un caso di menîngite, e siamo al 9. giorno di malattia. Ieri e l' altro ieri all'entrata in clinica coi bagni ho ottenuto un notevole miglioramento; ma stamane la scena è cambiata, e mentre credevo di trovare l'inferma in migliori condizioni, l' ho trovata invece aggravata.

Vi presento questo caso per darvi una idea della meningite acuta, della meningite cerebrospinale.

Come vedete questa fanciulla si presenta in uno stato soporoso, colle palpebre abbassate, ed emette un lamento simile a quello dei bambini nel sonno, probabilmente in seguito a dolori. Ciò che è più notevole in questa fanciulla è l' inarcamento della colonna vertebrale, l'opistotono. Il capo, per la contrattura dei muscoli, della nuca è un pò curvato in dietro, ed è sempre in quella posizione, duro, rigido, mentre la posizione del corpo è costantemente o laterale destra o laterale sinistra, mai orizzontale.

Si nota anche tremore delle mani, e per lo passato si è osservato, come avrete desunto dalla storia, contrattura, rigidità nelle gambe. Adesso però l' inferma si trova in uno stato di rilasciamento non completo, uno stato intermediario: c'è un pò di contrattura, il piede è in istato di piede equino, ma meno marcato di prima. Comincia la paralisi.

Qui si tratta di un caso di meningite acuta, meningite cerebro-spinale.

Sotto il nome di meningite cerebro-spinale si è intesa una forma speciale di malattia descritta per la 1ª volta in Italia da S a l v a t o r e D e R e n z i e poi in seguito da parecchi altri clinici. Essa ha ricevuto diversi nomi, il nome oggi generalmente accettato è di meningite cerebro-spinale epidemica. Dicesi epidemica perchè si diffonde a più individui.

Nel 1892 ci fu una grave epidemia di meningite cerebro-spinale epidemica; io fui allora chiamato a Torre del Greco per 2 casi che erano stati diagnosticati per tifo, e che io riconobbi trattarsi di meningite cerebro-spinale. Altri casi si verificarono poi a Torre del Greco, a Resina e poi a Napoli.

Come per le altre malattie infettive potete trovare qualche caso sporadico.

La meningite cerebro-spinale epidemica costituisce una forma morbosa a sè, differente dalle altre forme di meningite non epidemica. Questo tipo di meningite è prodotto da un bacillo speciale, o sono i comuni bacilli della meningite che acquistando intensità insolita producono la meningite cerebro-spinale epidemica?

Questa meningite ha caratteri diversi dalla meningite comune?

Tutti questi problemi la scienza non ha ancora perfettamente assodati, possiamo soltanto dire che i comuni microorganismi, acquistando intensità insolita e attaccando le meningi spinale e cerebrale dànno la meningite cerebro-spinale epidemica. Però il carattere di attaccare le meningi cerebrale e spinale non è speciale della meningite cerebro-spinale epidemica, poichè nei casi sporadici può essere attaccata tanto la meninge cerebrale che la spinale. Ma è un fatto che nella forma epidemica troviamo più facilmente marcata l'infiammazione della meninge spinale e cerebrale, mentre nella meningite sporadica trovate prevalente la lesione della meninge cerebrale o spinale.

I comuni microorganismi della meningite acquistando intensità possono diffondersi e dare la meningite cerebro-spinale epidemica. Questa è la spiegazione più accettata.

Ad ogni modo la meningite cerebro-spinale la vedete prodotta da due microorganismi a preferenza: il meningococco descritto dal Weichselbaum e il diplococco lanceolato del Fränkel.

Che la meningite tanto sporadica che epidemica sia spesso prodotta dallo pneumococco, era stato osservato dal Bordoni-Uffreduzzi, dal Fränkel, ecc. Però il Weichselbaum non ha molto descrisse questo meningococco che egli chiamò *meningococcus intracellularis meningitidis* (meningococco intracellulare della meninge), perchè lo trovò facilmente nelle cellule purulente.

Questo meningococco rassomiglia al diplococco, ma ha caratteri differenziali. Ulteriori studii hanno dato sempre più importanza a questo meningococco, tanto che tenendo presenti gli studii degli ultimi osservatori dobbiamo conchiudere che la causa più ordinaria della meningite cerebro-spinale è data dal meningococco più che dal diplococco.

Oggi vi è un metodo diagnostico e curativo della meningite cerebro-spinale proposto dal Quincke: è la puntura lombare.

Si fa la puntura delle meningi spinali penetrando nella colonna vertebrale, si estrae del liquido, se ne fa l'esame e quindi la diagnosi.

Questo metodo oltrechè per la diagnosi. serve anche per la cura, perchè se v'è liquido purulento potrete toglierlo.

Però io credo che sia un metodo che difficilmente si generalizzi sia per le difficoltà tecniche, sia per gli inconvenienti che spesso presenta. Così in questa ragazza la puntura non è riuscita, perchè la colonna vertebrale si trova sotto forma arcuata, per cui non è stato possibile introdurre l'ago attraverso gli archi vertebrali fortemente ravvicinati. Ma a parte di ciò la difficoltà della puntura è data pure dall'agitazione dell'inferma. Dimodochè la puntura mentre alcune volte non riesce per condizioni della colonna vertebrale, altre volte non riesce per altre ragioni. Così io ritengo che questo metodo sia stato lodato troppo.

Ad ogni modo a volte può giovare per la diagnosi e cura. E spesso con la puntura si è trovato appunto il meningococco, per cui bisogna ritenere il meningococco come causa ordinaria di meningite cerebro-spinale.

In conclusione dunque la meningite può essere data dal meningococco, dal diplococco, dallo streptococco; a volte dallo stafilococco, ma associato ad altri microorganismi, a volte dal bacillo di Eberth, a volte dal bacterium coli. Anche il bacillo di Koch può produrre la meningite acuta, benchè la meningite tubercolare si distingua per la sede, per il decorso.

I microorganismi non possono penetrare nel cranio se non in condizioni speciali, quali per esempio una lesione che permetta la penetrazione dei germi dall' esterno, oppure una lesione della faccia, oppure le lesioni alle fosse nasali, oppure all'orecchio.

Le affezioni dell' orecchio, specie all' orecchio medio e interno, producono facilmente meningite. Perciò ricordatevi di curare i bambini affetti da otiti per evitare questa malattia. Anche alcune malattie infettive possono produrre meningite: così l' affezione puerperale può produrre setticoemia e indi meningite.

Le meningi (pia madre e aracnoidea) dalla disposizione e ricchezza dei vasi sono così costituite che i microrganismi hanno facilità di fissarsi e produrre l'infezione.

La meningite cerebro-spinale può presentarsi sotto forma assai diversa; a volte sotto forma benigna. Così dei due casi che io osservai parecchi anni or sono a Torre del Greco in uno non rilevai che la sola cefalea e il colorito pallido, mentre nell'altro vi era cefalea, delirio, contratture.

In questa malattia quindi troviamo varietà di forme e di decorso; in quanto alla forma

vi ha varietà per l'intensità e la molteplicità dei fenomeni; in quanto al decorso vi sono casi con decorso rapido, altri con decorso più lungo, e vi sono ancora i cosìddetti casi fulminanti, sideranti; vi sono casi con decorso di giorni, altri di settimane, quindi a decorso subacuto e cronico.

Vi dirò i fatti principali onde voi possiate diagnosticare la meningite con facilità.

A volte trovate delirio, a volte stato comatoso, a volte polso raro (ciò che succede raramente) a volte polso frequente. La pupilla può essere ristretta oppure dilatata (verso la fine della vita). Tale è la diversità di fenomeni che riesce malagevole poterli riassumere. Io mi fonderò su quelli che ci fanno diagnosticare la meningite.

Può cominciare senza prodromi; altre volte invece esiste un senso di malessere, cefalea, un po' di febbre. Poi cominciano i fenomeni della meningite.

Sono:

1°) Cefalea, che suol essere spesso intensa; alcune volte è frontale, altre volte temporale, ma vedrete in questi casi unirsi la cefalea temporale colla frontale; altre volte occipitale. L'intensità della cefalea è notevole: le grida che si verificano durante la notte sono acutissime, prolungate, spontanee, senza causa apprezzabile. La cefalea è un fenomeno comune, ma non costituisce l'elemento unico ed essenziale per la diagnosi di meningite, la quale si deve stabilire fondandosi su un gruppo di fenomeni, non su uno di essi, giacchè nessuno è patognomonico.

Il dolore poi non è limitato soltanto al capo, ma l'inferma l'avverte anche alla colonna vertebrale, e se si muove diventa intenso.

2°) Vomiti. Sono facili, senza nausea, senza sforzo. L'ammalato nel muoversi, come un rigurgito rigetta il contenuto dello stomaco. Questo vomito alcune volte è acquoso, altre volte alimentare. Ripetendosi con insistenza diventa biliare. Esso non solo è caratteristico per la sua frequenza, ma ha grande importanza perchè si ripete così spesso da rendere impossibile l'alimentazione e da far temere di perdere l'ammalato per mancanza di alimento.

3°) Oltre del vomito questi ammalati presentano stitichezza considerevole; d'ordinario la stitichezza si accompagna a retrazione del ventre; ma la retrazione delle pareti addominali è secondaria e dipende da contrazione delle pareti intestinali.

Potete notare il ventre del bambino alcune volte addirittura avvallato, per lo meno duro, resistente.

4°) Un fenomeno su cui richiamo la vostra attenzione e che costituisce il mezzo di stabilire la diagnosi è la contrattura del capo. Infatti dal momento che la cefalea si presenta con facilità in casi diversi, e che il vomito è ugualmente facile a verificarsi, la contrattura rappresenta un fatto oltremodo importante.

Quindi dobbiamo aver timore dello sviluppo della meningite allorchè esiste la contrattura del capo in addietro.

Finchè il bambino non presenta la contrattura io mi lusingo sempre che si tratti piùttosto di meningismo che di meningite. La base della diagnosi di meningite è per me la contrattura.

Il capo è unito alla colonna vertebrale come corda tesa; ed io in un caso a Genova per la prima volta osservai il fatto importantissimo, che mentre il bambino poteva piegare il capo lateralmente, non poteva invece piegarlo in avanti.

A stabilire quindi la diagnosi di meningite voi dite al bambino di piegare il capo in avanti; se ciò non è possibile voi stabilite la diagnosi di meningite con tutta probabilità.

Inoltre notate la rigidità degli arti e dei muscoli del tronco; ed oltre a ciò trovate movimenti a scosse, movimenti convulsivi, financo i movimenti epilettiformi. I movimenti riflessi possono essere molto esagerati.

La sensibilità si esagera; e trovate iperestesia cutanea fino al punto che la più piccola pressione provoca fenomeni dolorifici.

Si notano inoltre alterazioni vasali e il volto si arrossa con facilità; una piccola pressione produce una macchia rossa.

Notate il dermografismo, cioè strisciando coll'unghia sulla cute si designano delle strisce persistenti. Oltre questo fenomeno trovate la febbre che alcune volte arriva a un grado notevole, come in questa bambina, che stamane ha una febbre di 40°; d'ordinario però non è molto alta. A volte la febbre arriva a 41°, 42°, e quindi segue l'esito letale.

Verso il declinare della malattia, quando si avvicina l'esito letale, si osserva sovente l'aumento, e la temperatura aumenta anche dopo

morte per es. a 43°. Altre volte nell'ultimo periodo la temperatura si abbassa.

L'andamento della febbre d'ordinario è irregolare; scomparisce e ricompare; e può avvenire che la febbre ripresentandosi sia più leggera. In generale questa malattia non ha regola riguardo la febbre. Questi ammalati hanno delirio, allucinazioni, illusioni; veggono persone che non esistono, rispondono a domande che loro non sono state rivolte.

La durata della malattia è varia. L'esito ordinario è la morte. Vi sono casi che guariscono ma sono rari.

Cura. Credo che la medicina abbia fatto progressi nella cura della meningite. E speravo di potervi mostrare questa bambina in migliori condizioni; ma oggi il suo stato si è aggravato. Io ne ho visto guarire molti seguendo un metodo che ora vi indico.

Io non sono scettico sulla cura della meningite; ma bisogna abbandonare i vecchi sistemi.

Badate sopratutto all'alimentazione, e dico ciò perchè il fatto che costantemente osservo è il polso piccolo. Questi ammalati hanno vomito, non vogliono essere molestati; e tutto ciò costituisce una grande difficoltà per l'alimentazione. Voi insistete sull'alimentazione col latte, uova battute in brodo. Un rimedio molto antico è quello delle frizioni mercuriali. Io che non temo di combattere i pregiudizii ho fatto sempre smettere le frizioni mercuriali.

Alcuni distinti medici italiani hanno adoperato con vantaggio le iniezioni ipodermiche di sublimato, che è un rimedio che merita di essere preso in considerazione e sperimentato.

Per me i bagni rappresentano un rimedio attivissimo della meningite. Quando voi vedete un ammalato di meningite che si lamenta, che soffre immensamente, in istato delirante, ponetelo nel bagno. Osserverete miglioramento: il delirio scomparisce, le contratture cessano. I bagni devono essere caldi, alla temperatura di 32°, e si può arrivare sino a 40 centigradi. Ordinariamente deve essere della temperatura di 36°, per la durata di mezz'ora o venti minuti. Si ripete due, tre volte nel corso del giorno. Durante il bagno o una pezzuola fredda o vescica di ghiaccio sulla testa, oppure, se avete personale a disposizione, fate cadere continuamente un filo d'acqua fredda sul capo.

Per combattere la cefalea date la segala speronata.

Pr. Segala speronata . . centigr. venti
Estratto di belladonna . » uno
fa carta una. Di tali fa venti cartine uguali.

Se ne dànno due o tre nel corso delle 24 ore.

Per combattere la cefalea potete ricorrere all'esalgina. In un caso della mia clinica con sessanta centigr. in due cartine ottenni la scomparsa della cefalea.

Se il polso è piccolo, il cuore debole, ricorrete a rimedii cardiocinetici, tintura di strofonto, di china.

Fate una cura piuttosto sintomatica, accorta, a cominciare dai bagni fino agli eccitanti.

In generale in tal modo la mortalità in questa grave malattia diminuisce in grado notevole.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Presidente De Martini

Seduta del 25 giugno 1899.

(nostro resoconto particolare)

A. D'Antona. **I risultati di otto operazioni sullo stomaco.** — Presenta la maggior parte degli operati v. n. 161 della *Riforma Medica.*

Riferisce pure di un caso di craniotomia. Deciso l'intervento, tra il terzo medio ed il terzo superiore della regione rolandica, all'apertura della dura madre compare come una vescica, che all'esame istologico risulta trattarsi di una grossa cisti sierosa, che dai particolari delle pareti e del fondo si argomenta essere la trasformazione di un antico ematoma. Guarito dopo 15 giorni, ha ancora monospasmi al braccio, ma gradatamente migliora.

Ninnì domanda al Prof. D'Antona il suo giudizio riguardo all'uso del bottone di Murphy.

D'Antona. Il bottone è innocuo nello stomaco, come è dimostrato anche dai suoi casi. Il vantaggio che dà non è solo di abbreviare l'operazione, ma di abbreviare il periodo nel quale l'intestino sta aperto, quel periodo cioè, nel quale è possibile l'infezione peritoneale. Esso si adopererà in caso di infermi nei quali si ha interesse di abbreviare l'operazione o si temono infezioni.

Jappelli Gaetano. **Sulla morte del cuore per asfissia.** — Ha voluto studiare gli effetti dell'asfissia sull'energia del cuore togliendo di mezzo le azioni cardio-inibitorie. I cani venivano operati di vagotomia doppia e sottoposti, al 3° o 4° giorno, all'asfissia, prima cioè che si producesse la vagopolmonite: l'asfissia si otteneva arrestando bruscamente la respirazione artificiale negli animali curarizzati assai leggermente. Presenta diversi trac-

ciati emochimografici, dai quali rileva le sue conclusioni. In una prima serie mostra come le azioni cardio-inibitorie, rivelate dall'asfissia vanno affievolendosi, finchè nel 3° giorno l'atropina resta inattiva, onde gli elementi su cui essa spiega la sua azione, sono fisiologicamente assenti. Al 4° giorno si può ritenere che l'asfissia non è capace di porre in evidenza fenomeni cardio-inibitori sensibili. Messo così fuori causa, per quanto è possibile, il sistema cardio inibitore, si può studiare il contegno della energia sistolica del cuore sotto l'influenza dell'asfissia. Orbene in queste condizioni, l'energia sistolica va gradatamente aumentando con un massimo alla fine del 3° minuto dell'asfissia, indi gradatamente diminuendo nel 4° e 5° minuto. L'aumento si presenta in forma di scalinata. Ripristinando la respirazione artificiale, la energia sistolica presenta un nuovo graduale aumento come all'insorgere dell'asfissia. Nota come l'energia della sistole cardiaca cresca parallelamente alla pressione sanguigna, le resistenze periferiche per intervento dei vasomotori variando nello stesso senso, per cui si assiste ad una sollevazione del manometro, fino a 310 mm. di mercurio, che non si è notato mai in altre condizioni sperimentali. Un altro fatto che si osserva nei cani, sottomessi ad asfissia curarica, atropinizzati o no è che l'energia sistolica prima di cessare del tutto accenna a riaversi. Il sangue asfittico, a simiglianza di quello che fa per tutti i muscoli striati, eccita il cuore in primo tempo, poi lo deprime. Però, la fibra cardiaca, a differenza degli altri muscoli, riacquista ben presto la sua eccitabilità, interrompendo l'asfissia. Ma il relatore ha pensato che nella spiegazione del fatto doveva prender parte la resistenza del cuore periferico; egli quindi elimina il centro vasomotorio con un taglio del midollo al colletto del bulbo e vede, ridotte al minimo le resistenze periferiche, che l'energia sistolica nell'asfissia si conserva costante. In ultimo discute del triplice ordine di fibre che sono state ammesse nel vago, specie delle fibre di rinforzo, e dubita che nella produzione della pulsazione rinforzata non influisca l'elasticità del muscolo cardiaco, impegnata sempre più dall'aumento della tensione endo-ventricolare.

P. Sgrosso. **Sul trattamento del cheratocono e sulla cura di esso mediante la galvano-caustica.** — Riferisce la storia di un infermo affetto da cheratocono bilaterale in cui la forza visiva a D era ridotta a $^3/_{10}$ con 16 diottrie di miopia, a S la forza visiva $^1/_{10}$ con 4 diottrie, causticati i coni col termo-cauterio, seguendo le norme del De Vincentiis, la forza visiva migliorò moltissimo ad ambo gli occhi e le diottrie sparvero completamente. Coglie l'occasione per rifare la storia del trattamento del cheratocono. I diversi metodi possono riaggrupparsi in 3 ordini: 1° metodo ortopico, con cui si cercava riparare all'offesa della vista mediante una quantità di lenti diverse; 2° metodo medico, con cui si faceva una cura generale (contro la gotta, la scrofola, ecc.) o speciale (atropina, eserina, ecc.) e 3° metodo chirurgico, che divide in altri 5 gruppi. Senza dubbio bisogna dare la preferenza alla cura colla galvano-caustica. Alcuni preferiscono causticare l'apice del cono corneale, altri fanno delle causticazioni raggiate. Egli segue con vantaggio il processo De Vincentiis causticando il segmento temporale del cono.

R. ACCADEMIA PELORITANA DI MESSINA

Presidente Gaglio

Seduta dell'11 luglio 1899

(nostro resoconto particolare)

Bandi e Stagnitta Balistreri. **Sui caratteri di resistenza del bacillo della peste bubbonica.**—Le esperienze sono state istituite ponendo i germi nelle condizioni in cui possono trovarsi nei carichi di bordo, specialmente di cereali imbarcati alla rinfusa, nelle varie derrate alimentari che più comunemente si trasportano, e che servono agli usi comuni di bordo, quali le carni e i pesci salati, ed i grassi. Questi caratteri di resistenza, sono stati provati nelle acque, sia potabili, che liquidi cloacali, che possono rappresentare un pericolo di trasporto del germe pestogene a bordo delle navi. Gli autori, dal complesso delle loro esperienze vengono alle seguenti conclusioni: Il germe pestogene, posto nelle condizioni in cui potrebbe trovarsi nei carichi di cereali conservati in ambienti male aereati, umidi e caldi, può conservarsi vivo e virulento per un periodo non superiore a 15 giorni.

Nelle derrate alimentari, specialmente nelle carni e nei pesci salati, il bacillo pestogene muore entro pochi giorni. Lo stesso succede nelle acque, sia potabili, che di sentina. Nel cadavere dei ratti, il germe pestogene si mantiene vivo e virulento per circa due mesi. Le merci rappresentano quindi un pericolo serio, più che per se stesse, per il fatto che attirano a bordo delle navi un gran numero di ratti. S'impone quindi, oltre al completo essiccamento delle merci, quando questo è attuabile, e alla buona disposizione e proprietà degli ambienti di bordo, la guerra continua ed accurata ai ratti.

I. Bandi. **La polmonite pestosa sperimentale.**—Inizia una serie di esperienze, per tentare la riproduzione sperimentale della polmonite pestosa primitiva dell'uomo. Egli segue a questo scopo il metodo usato da Roux e dal Batzaroff, consistente nello introdurre nelle narici degli animali d'esperimento, culture virulenti di bacillo pestogene. Istituisce poi un'altra serie di esperienze, servendosi di un polverizzatore, nel cui serbatoio pone colture in brodo di bacillo pestogene, che vengono polveriz-

zate in un ambiente, nel quale vengono posti a respirare per un certo tempo gli animali d'esperimento (cavie, ratti). Secondo questo metodo si riproduce, più verosimilmente di quello seguito dal Roux e dal Batzaroff, il meccanismo del trasporto a breve distanza dei germi pestogeni, a mezzo degli escreati e della saliva carica di germi specifici, degli affetti da pneumonite pestosa. In tutti i casi, sia seguendo il metodo del Batzoroff, che usando il polverizzatore, gli animali muoiono di peste, ma in nessun caso può dimostrarsi la localizzazione primitiva del polmone. In molti casi la morte avviene per setticoemia; in altri, specialmente se gli animali vengono fatti respirare per la bocca, si determina una localizzazione manifesta all' apparato digerente, per ingestione di materiale infetto, ed il quadro morboso, termina con una setticoemia. Bandi insiste sulla propagazione della peste per le vie digerenti, che rappresenta il più ovvio modo di propagazione della peste tra gli animali recettivi. La polmonite pestosa primitiva umana, non è sperimentalmente riproducibile, con nessuno artifizio razionale.

Gabbi e Cardile. **Cancro-cirrosi del fegato.**—Riportano brevemente la storia di tre casi clinici di cancro-cirrosi del fegato osservati nel grande ospedale civico di Messina e si fermano più specialmente a considerare la patogenesi della rara affezione. Premesso che nei 46 casi da essi riscontrati studiando la letteratura dell'argomento e nei tre di loro propria osservazione, il cancro e la cirrosi non hanno proporzionale sviluppo nel fegato, e che l'affezione preponderante è nel più dei casi il cancro, nel minor numero la cirrosi, essi cominciano dall'ammettere che i due processi siano indipendenti e che si riscontrino casualmente combinati sopra il viscere epatico. Non possono accettare menomamente l'opinione di coloro i quali ritengono che la cirrosi dipenda dall'evoluzione del neoplasma e ne sia la conseguenza, perchè in taluni casi il carcinoma ha minime proporzioni, mentre è assai diffusa nel viscere la cirrosi, nè accettano l'opinione di Hanot e Gilbert secondo la quale le due affezioni, per quanto indipendenti sotto il rapporto istogenetico, dipenderebbero da cause comuni rappresentate dalla malaria e dall' alcool. Essi ammettono che l'alcoolismo, la malaria ed i fenomeni gastro-intestinali che si incontrano nei precedenti morbosi personali di quasi tutti i casi studiati inducano nel fegato un' alterazione allo stato latente che può terminare alla cirrosi, quando si sviluppa nel fegato un neoplasma. Lo stimolo irritativo da questo promosso ne sarebbe la causa determinante. E ciò in quei casi nei quali lo sviluppo del neoplasma è prevalente sulla cirrosi. In quegli altri poi nei quali quest'ultima è preponderante bisogna ammettere che il neoplasma nasca già sopra un fegato cirrotico. Terminano affermando che allo stato presente degli studi sull'argomento la denominazione che meglio soddisfa è quella di cancro-cirrosi. Essa include i due processi fondamentali del fegato senza trascinare la mente ad ammettere dipendenza o priorità dell' un processo sull'altro, e questo è il più che oggi si possa attendere non potendosi in vita dai sintomi riconoscere quale affezione sia la prima a svolgersi.

Cardile. **Su di un nuovo bacillo pneumonico.** — Il nuovo bacillo pneumonico è stato osservato in alcuni espettorati di ammalati di particolari forme di polmoniti che mentiscono spesso un processo tubercolare. Trattasi di un grosso bacillo, che ha caratteri di simiglianza con quelli descritti da Bordoni-Uffreduzzi, Banti, come cause di pneumoniti infettive ed emorragiche di natura non bene nota. Ha un diametro longitudinale di 4-5 μ, uno trasversale di 1|2 μ, capsula bene appariscente, margini netti, estremità arrotondate; è ben differenziabile da quello di Friedländer, che è assai più piccolo e che spesso presentasi come diplococco, tanto da confondersi con quello di Fränkel. Non si colora col metodo di Graham e si sviluppa sui più svariati mezzi nutritivi (gelatina, agar, brodo, patata). La colonia sporge come un bottoncino biancastro sulla gelatina, che non è fluidificata; al microscopio presentasi come un disco rotondo, a contorni netti, con centro finamente granuloso. Le culture inoculate nelle cavie producono la morte in un tempo, che sará tra i due ed i sei giorni. Durante tale periodo gli animali presentano i segni di una grave affezione polmonare (febbre e dispnea marcatissima). Se l' iniezione è stata fatta nel connettivo sottocutaneo si ha infiltramento duro, che poi sí ulcera e dà ingorgo alle ghiandole linfatiche prossimiori. All' autopsia notansi costantemente lesioni pleuro-polmonari: pleuriti siero-fibrinose uni- e bilaterali, congestione polmonare intensa, spesso polmoniti vere e proprie; all' addome: milza notevolmente aumentata di volume e se l'iniezione della cultura era stata fatta nel peritoneo, peritonite diffusa siero-fibrinosa. Preparati microscopici e culture fatte col sangue, preso dal cuore, mostrano costantemente la presenza del germe, la cui virulenza è stata mantenuta facendo passaggi da animale ad animale. Conclude col dire, che la presenza di tal bacillo può essere causa di queste infezioni croniche polmonari, così poco studiate sia dal lato batteriologico, che da quello clinico, ma che ulteriori ricerche sono indispensabili prima di potersi pronunciare in modo assoluto, ricerche che egli si propone di fare man mano che si presenterà il materiale occorrente.

Garbini e F. Stagnitta Balistreri. **Contributo allo studio della tubercolosi dell' orecchio medio.** — Essendosi il 1° occupato del lato clinico, e l' altro della parte sperimentale, si sono inoculate un certo numero di cavie con vegetazioni fungose e polipi

dell'orecchio sviluppatisi nel corso di otiti purulente croniche accompagnate da carie degli ossicini della rocca petrosa e del temporale e che praticamente vanno intese per tubercolari. Fra 40 casi clinici si ebbe sviluppo di tubercolosi nelle cavie soltanto 4 volte. Tutti gli altri casi diedero esito negativo. Quindi vengono alla conclusione che la tubercolosi dell'orecchio non è un'affezione frequente, come vorrebbero alcuni autori, e che la carie tubercolare sta alla carie semplice col rapporto del 10 0[0.

G. Mondio. **Contributo allo studio delle neuriti sperimentali.** — Le sue ricerche sperimentali sono state eseguite su cinque conigli, nei quali tagliava lo sciatico ed il crurale di sinistra, lasciando poi l'animale in vita per un tempo variabile dai 12 ai 70 giorni. Espone le alterazioni istologiche riscontrate per ogni coniglio, e nei tronchi nervosi recisi e nelle cellule spinali di origine, adoperando il metodo Nissl, Golgi e Weigert. Viene infine alle seguenti conclusioni: 1. Il metodo Nissl, soprattutto, fa scoprire le più fini ed iniziali alterazioni che si manifestano nel corpo delle cellule, da cui emana il tronco nervoso reciso. Le alterazioni consistono, in sul principio, in un processo reattivo di cromatolisi, che s' inizia attorno al nucleo, il quale si sposta allora verso la periferia. Poscia il processo di cromatolisi si estende per il resto della cellula, guadagnando la periferia ed invadendo i prolungamenti protoplasmatici. 2. Le alterazioni che si verificano nelle cellule di origine del nervo reciso, precedono le alterazioni che si riscontrano, per il fatto della sezione, nel moncone centrale o superiore dello stesso nervo reciso. Quindi la degenerazione riscontrata nelle fibre di quest'ultimo tronco nervoso è un fatto secondario dipendente dalle alterazioni delle cellule gangliomari da cui le fibre dipendono. 3. La dissoluzione degli elementi cromatofili, che si estende dal centro (attorno al nucleo) alla periferia, l' assenza di vacuoli nel corpo cellulare, e, solo di rado, poi la presenza di qualche prolungamento protoplasmatico rotto o in via di rompersi conferma l' ipotesi emessa da Marinesco: potersi. cioè, differenziare una lesione cellulare provocata mercè la sezione di un tronco nervoso, da una lesione cellulare primitiva la quale ha luogo, ad esempio, nell'anemia del midollo per compressione dell' aorta. 4. Il processo che si svolge nelle cellule nervose di origine delle fibre sezionate sarebbe un processo reattivo, dovuto alla disturbata funzionalità della cellula « *reazione a distanza* »; laddove il processo che si svolge nel moncone delle fibre in connessione con le cellule di origine, sarebbe un processo dipendente dalla lesione cellulare: un processo secondario assai analogo e parallello al processo degenerativo walleriano. 5. Risulta assai manifesto, infine, dalla osservazioni fatte, l'intimo rapporto che passa fra l'alterazione centrale, in cui la cellula reagisce al taglio della fibra, e l'alterazione della fibra, con cui quest'ultima risponde, alterandosi, all' alterazione della cellula. È un'azione reciproca che, in seguito al taglio, si esercita fra le due parti del neurone mutilato e che solo la minuta ed esatta osservazione istologica di recenti ricerche ha potuto distinguere in due tempi.

Movimento biologico universale

1. Felkl, a proposito di un caso di empiema osservato in un individuo di 48 anni a cui egli praticò la toracotomia con resezione costale, riferisce di un « **nuovo modo di drenaggio** » di cui egli si servì e che può applicarsi alle operazioni di empiema. Il tubo è di gomma e vi si adatta un altro piccolo tubo di vetro lungo 5 cm. e del diametro di 8 millimetri. L'applicazione del medesimo è facilissimo. (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 27, 6 luglio 1899).

2. Berger, a proposito di « **operazioni negli alienati** » dice che le indicazioni sono le stesse che allo stato normale. Ogni operazione che non ha per iscopo la cura di una lesione materiale è ingiustificabile. Bisogna evitare di operare per affezioni senza importanza, come gli isterici, i nevropatici, i melanconici perseguitati e persecutori. (*La Médicine moderne*, n. 48, 17 giugno 1899).

3. Bonsignorio, si occupa della « **oftalmia dei neonati.** » Dopo di averne ben descritto la sintomatologia, viene alla cura, che deve essere in gran parte profilattica (disinfezione della vagina della madre, e lavaggio degli occhi del neonato con soluzione di sublimato e instillazione di una goccia di soluzione di nitrato di argento al 2 0[0). Quando la malattia è già in atto, il rimedio migliore è dato dal nitrato di argento e dalle irrigazioni antisettiche tiepide ripetute parecchie volte al giorno (*Annales de médecine et chirurgie infantiles*, n. 13, 1 luglio 1899).

4. Castex a proposito di un caso fa la storia dei « **tumori adenoidei** » delle fosse nasali. Questi sono sovratutto nocivi per le loro complicazioni tra cui l'adenoidite, le suppurazioni della cassa, le epistassi, le convulsioni, l'arresto di sviluppo, i disturbi digestivi, le nefriti, l'endocarditi e pericarditi, la tubercolosi di questi tumori. Crede per la diagnosi il miglior mezzo sia la palpazione rino-faringea. Vi ha una cura medica, buona ed in certi casi, ed una cura chirurgica (ablazione dei tumori) per certi altri. (*Journal des praticiens*, n. 24, 17 giugno 1899).

5. Pitzorno porta un « **contributo clinico alla cura delle varici ed ulcerazioni varicose agli arti inferiori.** » In sei ammalati ha sperimentato il metodo Moreschi che gli ha dato buon risultato però facendo precedere l'allacciatura e re-

sezione della safena magna poco più giù della fossetta ovale, comprendendovi anche il tronco della safena esterna, venendo ad interrompere così la principale e quasi unica via per la quale può passare l'embolo per andare in circolo. (*La Clinica chirurgica*, n. 5, 31 maggio 1899).

6. Köppen, pubblica un caso di « **cistoma ovarico** » da lui operato, importante per il fatto di aver trovato nel cavo peritoneale del liquido libero. In questi casi è in certo qual modo difficile il potere affermare se trattasi di una ascite da stasi ovvero di una rottura della cisti. Ad ogni modo l'infermo dopo l'operazione guarì perfettamente. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 26, 27 giugne 1899).

7. Crivelli riferisce l'osservazione di un caso di « **degenerazione cistica delle ovaie con fibromiomi uterini** ». Egli ottenne la guarigione con una ovariotomia doppia. Si mostra quindi avverso all'isterectomia che non fa se non esporre le malate a gravi pericoli, senza dare con ciò un migliore risultato. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n. 49, 18 giugno 1899).

8. Platon tratta del « **massaggio e dell' involuzione uterina.** » Egli ritiene che il massaggio agevoli l'involuzione uterina. poichè gli scambi si fanno più rapidamente, la circolazione è più attiva, l'organo tenderà ad atrofizzarsi a prendere il suo volume normale, i legamenti acquisteranno una tonicità ed una elasticità sempre maggiore, in modo di opporsi alla viziata statica uterina. Il massaggio si praticherà due tre volte al giorno. La tecnica è facile, consiste nel fare delle frizioni circolari sul fondo prima leggere e superficiali e poi profonde. (*Gazette des hôpitaux*, n. 67, 15 giugno 1899).

9. Wertheim riferisce un caso di « **mioma uterino e gravidanza.** » Si era in presenza di una primipara in travaglio di parto, con utero miomatoso. Il tumore era molto sviluppato e rendeva il piccolo bacino così angusto da non permettere l'espulsione del prodotto del concepimento per le vie naturali. Pertanto si credette opportuno intervenire col taglio cesareo, seguito dalla estirpazione totale dell'utero. La donna sopportò felicemente l'atto operativo, e visse, il feto fu estratto già morto. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 25, 22 giugno 1899).

10. Reynier, a proposito del « **trattamento dell' ematocele retro-uterino** » afferma che la miglior via razionale per svuotare l'ematocele è la via laparotomica. Operando per la vagina, spesso si va incontro a delle emorraggie gravissime e spesso infrenabili. (*La Presse médicale*, n. 52, 1 luglio 1899).

CHIMICA CLINICA

L. Cordier. — **Un nuovo metodo per l'esame del succo gastrico.**

Questo metodo è fondato sul fatto che un miscuglio di cloruro di sodio e cloruro di litio trattato con un miscuglio a parti uguali di alcool assoluto ed etere anidro, cede completamente a questo veicolo il cloruro di litio, mentre che il cloruro di sodio resta indisciolto e può esser ripreso con acqua distillata molto calda.

A 5 cmc. di succo gastrico si aggiunge in una capsula tanto di soluzione satura di carbonato di litina fino ad avere reazione alcalina al tornasole. Si evapora a bagno-maria fino a secchezza. L'acido cloridrico libero e combinato si trasformano in cloruro di litio, i cloruri fissi non si modificano, gli acidi organici ed i soli acidi sono neutralizzati.

Dopo essiccazione si incenera al calor rosso agitando continuamente con una bacchetta di vetro ed evitando ogni elevazione di temperatura. Dopo raffreddamento si tratta il carbone ottenuto con 60 cmc. di soluzione a parti eguali di alcool ed etere aggiungendola poco a poco. Adoperando una soluzione calda bastano 40 cmc.

Con un piccolo filtro Berzelius si separa una soluzione etereo alcoolica e del carbone residuale.

La soluzione etereo-alcoolica contiene tutto il cloro dell'acido cloridrico libero e combinato, è neutra al tornasole, incolore e può servire direttamente al dosamento del cloro col metodo volumetrico al nitrato d'argento. Il risultato si esprimerà in HCl e si rapporterà a 100 cmc.

Si riprende con acqua calda il carbone residuo, si acidifica con 3-4 gocce di acido nitrico, si porta all'ebollizione per scacciare CO^2 e si filtra sullo stesso filtro per cui è passata la soluzione etereo-alcoolica.

Con acqua calda si porta il liquido a 50 cmc. circa, si alcalinizza leggerissimamente con qualche goccia di soluzione di carbonato di sodio puro al 10 %, si titola il cloro come sopra ed il risultato riferito a 100 cmc. di succo gastrico ed espresso in HCl fa conoscere i cloruri fissi.

Sommando i due risultati si ha il cloro totale.

L' HCl libero si titola acidimetricamente con la soluzione decinormale di soda, determinando la fine della reazione col reattivo di Günzburg. (*Archives générales des médecine*, luglio 1899).

NOTE CLINICHE

H. Oppenheim. **Sugli errori curativi nei casi in cui viene sconosciuta la sclerosi a piastre.**

La sclerosi a piastre, malattia molto diffusa, spesso non viene diagnosticata al suo inizio, ed è facile confonderla con l'isterismo; il che può avere tristi conseguenze per gli infermi. Il medico ordina infatti delle cure che agiscano energicamente sul disordine isterico del cammino o sul tremore isterico, ossia cure idriatiche fredde, specie docce e bagni freddi, esercizii di corsa, talvolta cure medico-meccaniche forzate e spesso pennellazione faradica intensa.

È vero che la sclerosi a piastre è una malattia inguaribile, ma certamente per il decorso e per il benessere dell'infermo non ogni cura è indifferente; metodi curativi opportuni fanno sì che la malattia possa persistere per anni in uno stato tollerabile, mentre le cure sopracennate ne accelerano il decorso, facendo manifestare precocemente quei sintomi che sogliono sorgere alla fine della malattia o della vita. (*Die Therapie der Gegenwart*, luglio 1899).

FORMULARIO

Lanz — **Cura della stomatite mercuriale**

Per la profilassi:

1. Timolo	gr.	0,25
Estratto di ratania	»	1
sciogli in		
Glicerina calda	»	6
Aggiungi:		
Magnesia calcinata	»	0,50
Biborato di sodio	»	4
Sapone medicinale	»	30
Essenza di menta piperita	»	1

per collutorii.

2. Clorato di potassio	gr.	20
Sapone medicinale	»	10
Carbonato di calce	»	20
Essenza di menta piperita	gocce	XV
Essenza di garofani	»	IV
Glicerina		q. b.

per fare una pasta.

Per applicazioni locali.

3. Mentolo	gr.	1
Tintura di ratania / Alcool rettificato	ana »	60

per gargarismi ($^1/_2$ cucchiaio da thè in un bicchiere d'acqua).

4. Tintura di noci di galla / Tintura di ratania	ana gr.	12
Resorcina	gr.	3
Mentolo	»	0,25

per pennellarne le gengive due volte al giorno.

Dichiarata la stomatite, il miglior mezzo è l'acqua ossigenata; il sublimato può essere usato utilmente all'1 : 1000.

NOTIZIE E VARIETÀ

NELLE NOSTRE UNIVERSITÀ

Libera docenza

Battistini dott. Ferdinando è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Torino.

Becco dott. Angelo è abilitato per titoli alla libera docenza in anatomia chirurgica e corso di operazioni presso la R. Università di Roma.

Boari dott. Emilio è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Bologna.

Bruschini dott. Ernesto è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Napoli.

Caro dott. Orazio è abilitato per titoli alla libera docenza in igiene presso la R. Università di Napoli.

Codivilla dott. Alessandro è abilitato per titoli alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria presso la R. Università di Torino.

Colonna dott. Giovenale è abilitato per titoli alla libera docenza in clinica chirurgica presso la R. Università di Torino.

Condio dott. Giovanni è abilitato per esami alla libera docenza in ostetricia e ginecologia presso la R. Università di Torino.

D'Allocco dott. Orazio è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia medica dimostrativa presso la R. Università di Napoli.

Damieno dott. Antonio è abilitato per titoli alla libera docenza in laringologia presso la R. Università di Napoli.

De Gaetano dott. Luigi è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia chirurgica dimostrativa presso la R. Università di Napoli.

Fabiani dott. Gennaro è abilitato per titoli alla libera docenza in anatomia chirurgica e corso di operazioni presso la R. Università di Napoli.

Gasperini dott. Gustavo è abilitato per titoli alla libera docenza in igiene presso la R. Università di Roma.

Germano dott. Eduardo è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Napoli.

Graziani dott. Giovanni è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Padova.

Jemma dott. Rocco è abilitato per esame alla libera docenza in clinica pediatrica presso la R. Università di Napoli.

Isnardi dott. Ludovico è abilitato per esame

alla libera docenza in patologia speciale chirurgica dimostrativa presso la R. Università di Torino.

Longo dott. Nicola è abilitato per titoli alla libera docenza in medicina operatoria presso la R. Università di Napoli.

Lugaro dott. Ernesto è abilitato per titoli alla libera docenza in psichiatria e clinica psichiatrica presso il R. Istituto di studii superiori in Firenze.

Mircoli dott. Stefano è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Genova.

Monti dottoressa Rina è abilitata per titoli alla libera docenza in anatomia e fisiologia comparate presso la R. Università di Pavia.

Montuori dott. Adolfo è abilitato per titoli alla libera docenza in fisiologia sperimentale presso la R. Università di Napoli.

Norsa dott. Giuseppe è abilitato per titoli alla libera docenza in oftalmoiatria e clinica oftalmica presso la R. Università di Roma.

Orecchia dott. Carlo è abilitato per esame alla libera docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria presso la R. Università di Torino.

Orlando dott. Edmondo è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale medica dimostrativa presso la R. Università di Pavia.

Pedicini dott. Michelangelo è abilitato per titoli alla libera docenza in anatomia patologica presso la R. Università di Napoli.

Pianese dott. Giuseppe è abilitato per titoli alla libera docenza in anatomia patologica presso la R. Università di Napoli.

Pini dott. Giovanni è abilitato per titoli alla libera docenza in dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica presso la R. Università di Bologna.

Predieri dott. Alessandro è abilitato per titoli alla libera docenza in patologia speciale chirurgica dimostrativa presso la R. Università di Pavia.

Rosati dott. Todorico è abilitato per titoli alla libera docenza in oto-rino-laringolatria presso la R. Università di Roma.

Sapelli dott. Agostino è abilitato per esame alla libera docenza in ostetricia e ginecologia presso la R. Università di Genova.

Sgobbo dott. Francesco Paolo è abilitato per titoli alla libera docenza in elettroterapia presso la R. Università di Napoli.

Treves dott. Zaccaria è abilitato per titoli alla libera docenza in fisiologia presso la R. Università di Torino.

Zenoni dott. Costanzo è abilitato per titoli alla libera docenza in anatomia patologica presso la R. Università di Torino.

Nelle Università tedesche

Breslau. Kausch, libero docente di medicina interna a Strasburgo è abilitato a Breslau per la docenza della specialità chirurgica.

Innsbruck. Lotheissen è abilitato alla docenza privata di chirurgia.

CONCORSI E CONDOTTE

Congregazione di Carità. (Rimini). Concorso a posto di assistente all'ospedale civile (sezione chirurgica) Stipendio lire 800, alloggio nell'ospedale. Età non superiore a 35 anni. Scadenza 28 luglio 1899.

Montereale. (Aquila). Concorso alla condotta medico-chirurgica della terza zona che comprende 1760 abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 31 luglio.

Castano. (Milano). Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 3000 lorde di R. M. e comprese lire 300 quale ufficiale sanitario. Scadenza 31 luglio 1899.

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario di dermosifilopatia e clinica dermosifilopatica nella Università. Scadenza 8 settembre.

Palermo. Concorso al posto di professore straordinario di anatomia comparata nella Università. Scadenza 8 settembre.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Parma. Concorso al posto di professore ordinario di zoologia, anatomia e fisiologia comparata nella Università. Scadenza 30 luglio.

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Candela (Foggia). Popolazione 6179. A tutto luglio è aperto il concorso al posto di medico-chirurgo ostetrico-necroscopo, con lo stipendio di lire 2500. Età non superiore ai 40 anni.

Monticello Alba. (Cuneo). Popolazione 2083. A tutto luglio aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica collo stipendio di L. 1200 compreso l'onorario come ufficiale sanitario.

Poliambulanza di Porta Tenaglia in Milano. — Concorso ai posti di Dirigenti le sezioni di odontoiatria, nevropatia e delle malattie chirurgiche genito-urinarie. Sono pregati coloro che volessero concorrere di voler inviare domande e titoli al Consiglio direttivo della Poliambulanza di Porta Tenaglia (Piazzale Mercato, 3).

Cuasso al Monte (Varese). Condotta medico-chirurgica per i comuni di Cuasso, Besano, Porto Ceresio. Stipendio annuo L. 2500. Scadenza 31 luglio.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE FERITE DEL CUORE E DEL PERICARDIO

Oggi non è più il tempo di dire con il Legouest che non vi ha nulla di certo nelle ferite del cuore, nè nella sintomatologia, nè nella terapia, che questa è presso a poco inutile, che la terminazione è sempre funesta. Già il Fischer, fondandosi su di una statistica di 452 osservazioni, dimostrò che le ferite del cuore non sono fatalmente e costantemente mortali, cercò di stabilirne la sintomatologia e la diagnosi, ed espose le pratiche terapeutiche in uso alla sua epoca. Oggi il Loison ha raccolto tutte le osservazioni pubblicate in questi 30 ultimi anni, classificando le ferite del cuore e del pericardio in quattro quadri distinti: 1° ferite per aghi; 2° per istrumenti da punta e taglio; 3° per arma da fuoco; 4° rotture e lacerazioni per contusioni toraciche.

In 23 osservazioni di ferite del cuore e del pericardio per aghi, la diagnosi è stata confermata da sintomi clinici indubitabili, dall'operazione, dall'autopsia. In tutti questi casi l'agente traumatico ha leso l'organo centrale della circolazione dopo avere attraversato un punto qualunque della parete sterno-condro-costale; 3 volte l'ago penetrò per il III° spazio (Field, Macdougall, Hahn), 3 volte per il IV° spazio (Flament, Gallard, Sengensse), 2 volte per il V° (Samuel Prior, Thomson), una volta per il VI° spazio sulla mammillare (Magnan); in altre 13 osservazioni non si precisa il punto di penetrazione dell'ago. Questo era fissato 3 volte nel ventricolo sinistro, 2 nel destro, 1 nel sinistro e nella valvola mitralica, 1 nel ventricolo destro e nella valvola tricuspidale, 1 nel ventricolo destro e nel setto inter-ventricolare, 1 nell'orecchietta destra; in altri 8 casi non si trova alcuna notizia sulla posizione dell'ago. Su questi 23 casi si riscontrano 9 guarigioni, ossia una proporzione del 39,1 0[0; due volte la guarigione è avvenuta l'ago restando infisso (Fov, Macdougall); negli altri 7 casi l'ago venne tolto (Callender, Foot, Hahn, Samuel Prior, Sengensse, Stelzner, Turner). La morte si è così prodotta nel 60,8 0[0 per infezione (Buchanan), per emorragia interna (Field, Flament, Gallard, Machenaud, Magnan, Rose, Thomson, Wright), per causa non specificata (Biffi, Foy, Hardt, Huppert, Luizy).

Nelle 90 osservazioni di ferite per strumenti da punta e taglio, l'esistenza della lesione è stata verificata sia all'autopsia che all'operazione. Su 63 casi, nei quali si indica la sede della ferita esteriore, l'instrumento penetrò 51 volte a sinistra della linea mediana, attraverso una costa od uno spazio intercostale, ossia nella proporzione dell'80 0[0; 10 volte a destra della linea mediana (16,1 0[0, 2 volte sulla linea mediana, attraverso lo sterno 3,2 0[0). Il ventricolo destro è stato ferito nella proporzione del 39,7 0[0, il sinistro del 33,3 0[0, l'orecchietta destra del 7,6 0[0, la sinistra del 2,5 0[0, la parte anteriore del setto interventricolare ed i vasi coronarii del 7,6 0[0, il ventricolo (senza alcuna specificazione) del 3,8 0[0, i grossi vasi della base del 3,8 0[0, ferite multiple nella proporzione dell'1,2 0[0. Questa statistica del Loison concorda sensibilmente con quella del Fischer dal punto di vista della ripartizione delle ferite sulle differenti parti del cuore. In 41 casi vi fu ferita dell'una o dell'altra pleura, talvolta di tutte e due, ossia nella proporzione del 45,5 0[0: la pleura sinistra è stata aperta 29 volte, la destra 7 volte, le due pleure 5 volte. In 12 casi l'apertura della pleura si associava a ferita del polmone, ossia nel 13 0[0. In 5 casi ci fu perforazione del diaframma solo (Ferko), o associata a ferita del fegato (Bouffleurs), dello stomaco (Rose). Su 90 osservazioni non si riscontrano che 11 guarigioni, cioè il 12,2 0[0, cifra superiore a quella del Fischer (8 0[0). Le guarigioni sono avvenute: 1 volta senza intervento (Reifer): 3 volte dopo incisione e tamponamento del pericardio (Ferraresi, Marks, Neumann); 2 dopo incisione e drenaggio del pericardio invaso da una suppurazione secondaria (Garber, Faralli e Ragni); 3 dopo sutura del pericardio (Dalton, Bouffleurs, Williams); 1 volta dopo sutura del cuore e drenaggio del pericardio (Rehn); 1 volta dopo sutura del cuore e del pericardio (Parozzani). I 90 casi furono 23 volte l'oggetto di un intervento chirurgico più o meno attivo, ora nei primi giorni per lottare contro una complicazione immediata della ferita, ora più tardi per curare una complicanza. La morte è capitata nell'87,7 0[0 ed in 23 casi nello spazio di pochi minuti, in 15 dopo un'ora, in 29 dopo uno o più giorni, in 10 dopo più di un mese o di un anno; in 2 casi i feriti hanno sopravissuto per tempo indeterminato.

In 110 ferite da arma da fuoco, la natura dell'arma è notata 76 volte. Il ventricolo sinistro è stato ferito nel 40,8 0[0 dei casi, il destro nel 19,3 0[0, l'orecchietta destra nel 7,6 0[0, la sinistra nel 2,1 0[0, la parte anteriore del tramezzo inter-ventricolare e vasi co-

ronari nel 4,3 0[0, la punta del cuore nel 5,4 0[0, i grossi vasi nel 4,3 0[0, ferite multiple nel 17 0[0. Contrariamente a ciò che si riscontra per le ferite da punta e taglio, quelle del ventricolo sinistro sono più frequenti di quelle del destro. Le ferite concomitanti della pleura e del polmone sono più frequenti: 78 volte sono state aperte entrambe le pleure (70,9 0[0), 52 volte vi fu una lesione concomitante di uno o dei due polmoni (47,2 0[0); 12 volte esisteva una perforazione del diaframma, con o senza lesione degli organi addominali, (10,9 0[0). In 24 casi il proiettile fu sentito durante la vita o trovato alla autopsia in contatto con la faccia profonda o superficiale dello scheletro del torace: il più spesso era situato nella massa dei muscoli toracici: talora, perforando le vertebre, avea sezionato o contuso il midollo. Talvolta la palla fu riscontrata nella pleura, nel polmone, sulla faccia esterna del pericardio, incastrata nella parete del cuore, nel fegato (Kenneu, Tchekunoff, Schulte, Curran, Morer, Riedel, Stieber, Rose, ecc). Nei 109 casi in cui il modo di terminazione è indicato, il Loison ha riscontrato solo 3 volte la guarigione, ossia nel 2,7 0[0: le guarigioni hanno avuto luogo una volta dopo tamponamento della ferita pericardica (Körte), una volta dopo incisione e drenaggio del pericardio per pericardite purulenta secondaria (Langenbeck); una volta dopo sutura parziale del pericardio e drenaggio del pericardio e della pleura (Riedel). La morte è capitata in 106 casi ossia nel 97,2 0[0, ed è stata la conseguenza dell'emorragia interna (62 volte), dell'emorragia e dello shock (8 volte), dell'infezione (20 volte), dell'asistolia (3 volte) dell'embolia cerebrale ed emiplegica (1 volta), della contusione del midollo e paraplegia (3 volte), di cause indipendenti (4 volte), di cause sconosciute (5 volte). I feriti sopravvissero in tali casi tranne in 29 casi in cui la morte fu immediata e rapida: da 1–24 ore 11 volte: da 1-15 giorni 15 volte: da 1 settimana ad 1 mese 23 volte: da 1 mese ad un anno 12 volte; molti anni 5 volte. Anatomo-patologicamente si son riscontrati tutti i gradi di lesioni: dalla semplice contusione del miocardio fino allo spappolamento dell'organo.

In 54 casi di lacerazioni e rotture del cuore per contusione toracica si è trattato di cadute da altezze variabili sul suolo (13 volte), di cadute su un corpo prominente (5), di calci di cavallo (7), di calci di vacca (1), di colpi di testa di cavallo (1), di colpi di testa di uomo (1), di pugno (1), di piattelli di wagons (3), di compressione tra due wagons (2), di colpi di bastone (1), di colpi di foot-ball (1), di colpi di timoni di vetture (3), di passaggio di una ruota di carro (4), di colpi di manovelle (2), di cadute di corpi pesanti sul petto (1), di urti o pressioni non specificate (5). Una sola volta si notò una soluzione di continuo dei tegumenti: in altri casi si segnalò un'ecchimosi: il più spesso non vi era lesione apprezzabile. Talvolta esistevano fratture delle coste. Tre volte c'è stata guarigione completa: 1 volta dopo l'intervento (Mansell-Moullin), 2 volte senza intervento (Litten, Lückinger). Dopo questi traumi si son costatate, nei sopravissuti, delle lesioni croniche (insufficienza o stenosi di orifizi, miocardite cronica, pericardite). La morte è avvenuta 36 volte ad intervalli variabili. All'autopsia s'è riscontrata: 6 volte la ferita delle valvole e dei loro tendini, 4 quella del ventricolo destro, 3 del sinistro, 5 dell'orecchietta destra, 3 della sinistra, 1 del ventricolo destro e del setto, 1 del ventricolo sinistro e del setto, 1 della punta, 2 del pericardio e del ventricolo destro, 3 del pericardio e del ventricolo sinistro, 1 del pericardio e dell'orecchietta destra, 1 del pericardio solo, 1 del setto inter-ventricolare, 3 ferite multiple, 1 pericardite e miocardite multiple. In 11 casi la pleura era ferita e ripiena di una quantità più o meno grande di sangue: il polmone era colpito 4 volte; il diaframma od i visceri addominali 4 volte. La morte fu immediata e rapida in 9 casi. Il ferito sopravvisse molte ore in 10 casi; in 7 sopravvisse molti giorni: in 3 più di un anno. Una sola volta si è intervenuto chirurgicamente (Mansell-Moullin) con l'apertura ed il drenaggio del pericardio.

I sintomi delle ferite del cuore e del pericardio sono così variabili ed incostanti che spesso sono insufficienti a fare affermare una diagnosi. Emorragia, perdita di conoscenza, collasso, ansia, dolori precordiali, espressione del viso, posizione presa dal ferito nel letto, il pallore ed il raffreddamento del corpo, il tremore, i segni forniti dall'esame del cuore, del polso e del respiro, la sede, il dolore inghiottendo, i vomiti, la diarrea ecc., sono i segni passati in rivista dal Fischer e ripresi dalla maggior parte dei classici. Molti di questi sintomi, o tutti, possono accompagnare una ferita della regione precordiale, ma non hanno nulla di patognomonico. Per la diagnosi hanno molto valore l'esame dell'arma vulnerante, i movimenti donde sarà animata l'estremità libera dell'ago; in altri casi si potrà esplorare il tragitto della ferita con il dito o con la sonda. Questa esplorazione è stata fortemente discussa e non ammessa da alcuni autori; per il Loison, Rehn, Reifer, Riedel, se praticata con prudenza ed antisepsi, essa non avrà alcuno inconveniente. In certi casi (ferite d'arma da fuoco) può giovar la radiografia.

L'evoluzione delle ferite del cuore è variabile: la morte può essere immediata o rapida: la vita può prolungarsi per un certo tempo: la guarigione si produce spontaneamente. La morte non è dovuta ad un'influenza unica: ora avviene per disturbi meccanici gravi del circolo (Morgagni, Franch, Lagrolet, Rose), ora per emorragia; ora per lesioni muscolari, nervose, per influenze riflesse (Rodet e Nicolas, Kronecker e Schmey), ora per infezione.

I differenti processi istologici con cui si compie la guarigione spontanea sono stati studiati da Bonome e Martinotti: è dalla proliferazione del connettivo interstiziale che provengono quasi esclusivamente i materiali di riparazione.

La cura dovrà aver per iscopo di ovviare alle cause di morte immediata e secondaria. Bisogna però stabilire tre categorie distinte tra i casi suscettibili di cura: 1° casi in cui lo strumento vulnerante (ago o arma da punta o taglio) è restata nella ferita e sporge all'esterno; 2° casi in cui esiste una ferita della parete toracica con o senza corpo straniero, incastrato nei tessuti profondi; 3° casi in cui vi ha ferita del cuore o del pericardio per contusione senza soluzione di continuo dei tegumenti. Se si tratta di un ago si estrarrà subito, se di un arma da punta e taglio di un certo calibro, si metterà a nudo il cuore e poi si procederà all'estrazione. Nei casi di ferita della parete toracica bisogna intervenire pure il più presto possibile. Nell'ultimo caso se si costatano i segni di un versamento pericardico si interverrà.

La cura medica consiste nel riposo fisico, intellettuale e morale, nell'applicazione della vescica di ghiaccio sul precordio, in un salasso generale, se occorre, nell'uso della digitale, nella rivulsione precordiale in caso di pericardite.

La cura chirurgica varierà secondo che l'intervento non comprenderà l'apertura del pericardio o necessiterà l'incisione di questa membrana per evacuare il suo contenuto o per agire sul cuore. L'apertura del pericardio comprende la puntura e l'incisione. Per l'incisione si sono preconizzate la via trans-sternale (Riolano), la via epigastrica (Larrey, Bouffleur), la via condro-sternale, le incisioni intercostali (Marks, Neumann, Riedel, Mansell-Moullin, Garber, Eiselsberg, Delorme e Mignon), la resezione d'una costa (Cappelen, Dalton, Eiselsberg, Stelzner, Williams, Rehn, Langenbeck), la resezione di molte coste e la costituzione dei lembi (Ferraresi, Canali, Lumniczer, Riedel, König, Delorme-Mignon, Ollier, Roberts, Del Vecchio, Parozzani).

BIBLIOGRAFIA

Fischer. *Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. IV, 1869. — Loison. *Revue de chirurgie*, n. 1, 2-6-7 gennaio, febbraio, giugno, luglio 1899.—Heusner. *Deut. med. Woch.*, 1882.—Heyl. *New-York med. Journal*, 1893.—Leunertz. *Thèse de Paris*, 1897. —Messeri. *Lo Sperimentale*, 1899.—Neumann. *Centr. f. Chir.*, 1897.—Parozzani. *Lancet*, 1897; *Semaine médicale*, 1897. — Rose. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1884. - Tassi. *Bull. della R. Acc. med. di Roma*, 1896-97. — Williams. *New-York med. Jour.*, 1897.—Cappellen. *British. med. Journ.*, 1886.--Barnes. *Lancet*, 1870.—Laforgue, *Th. de Paris*, 1894.

LAVORI ORIGINALI

Manicomio Provinciale di Bergamo
diretto dal D.r S. MARZOCCHI

DI UNA RARA FORMA DI MANIFESTAZIOMI ISTERICHE

Dottor Angelo Mariani

Fra le turbe isteriche, che presentano maggiori varietà e più interesse clinico, siano esse rappresentate da fatti paralitici o da contratture, vanno registrate quelle che si localizzano nelle diverse parti dell'apparecchio respiratorio. Importante e notevole per la sua rarità è la paralisi del diaframma, citata da tutti gli autori posteriori al Briquet, ma da questo solo descritta e corredata di due osservazioni personali. Gilles De La Tourette infatti nel suo *Traité clinique et therapeutique de l'histerie*, pubblicato nel 1895, asserisce che Briquet è l'unico che sembra aver osservata questa paralisi e ne riporta la descrizione, che ha lasciato. Un altro caso, sfuggito alle investigazioni del De La Tourette, è riferito dal Petrazzani nel suo magistrale lavoro *La suggestione nello stato ipnotico e nella veglia.* (Rivista Sperimentale di Psichiatria e Medicina legale, Reggio Emilia, 1886), come esempio di paralisi guarita colla suggestione. Oltre questa nessun altra osservazione mi fu dato di riscontrare nella letteratura, che abbia qualche analogia con quelle più sopra ricordate, per quanto siano state estese ed accurate le ricerche in proposito; non escludo per altro di non essere caduto in errori d'omissioni, errori oltre che possibili, probabili dopo che per l'impulso della scuola di Charcot gli studi sull'isterismo hanno tanto favorito la pubblicazione di lavori sull'argomento.

La rarità di questa forma morbosa e l'interesse clinico, che presenta, mi hanno indotto a far oggetto di nota un caso a me occorso coll'intento di portare un contributo alla casistica di questa sindrome poco conosciuta.

Anamnesi. — Z. Caterina, d'anni 21, nubile, di Alzano Sopra provincia di Bergamo.

Le notizie, che si sono potute raccogliere in massima parte dalla malata stessa, fanno rilevare, che a suo carico esistono precedenti gentilizi di poca importanza. La madre malinconica e piuttosto infermiccia morì cinquantenne per vizio cardiaco: del padre non ricorda di averlo visto ammalato ed anche attualmente gode della più perfetta salute. Tra l'uno e l'altra non risulta vi fosse consanguineità e nemmeno che corresse fra le loro età una grande differenza. Di 11 fratelli solamente 4 sono vi-

venti, gli altri morirono tutti nella prima età e non si sa di qual malattia. Due fratelli maggiori sono sani ed hanno prole sana, il terzo non ammogliato non ebbe mai a soffrire disturbi di sorta.

Nacque piuttosto gracile e tale crebbe anche per la vita miserabile a cui era destinata fin da bambina. Sfuggì a quanto pare, le malattie esantematiche, che di solito si presentano nell'infanzia, in questa età fu presa da una forma non lieve di tifo addominale e solo dopo lunga convalescenza ricuperò le sue abituali condizioni di salute, in seguito stette relativamente bene. A 10 anni cominciò a frequentare una filanda di seta, dove le operaie soggiornano in ambienti molto umidi e pel loro mestiere sono costrette a tenere costantemente le mani a contatto dell'acqua, ma per l'insorgenza di frequenti perdite di sangue del naso, attribuite all' insalubrità del locale, fu consigliata ad abbandonare quest' opificio e passò in un altro filatoio addetto alle aspe. Quivi dice d'essersi trovata meglio, però le epistassi non cessarono di presentarsi di tanto in tanto sebbene meno frequenti e meno abbondanti.

Mestruò a 18 anni, la prima volta con dolori al sacro e senso di peso, le successive indolenti, ma tutte irregolari per durata e scadenza con tendenza al ritardo e qualche volta con soppressione per vari mesi. Fino a quest'epoca o poco oltre durarono le emorragie del naso, che si presentavano spontanee con poco dolor di capo in media una o due volte al mese senza nessun rapporto di coincidenza col tributo mensile.

Ai primi di maggio 1898 ammalò di catarro gastrico, malattia che per se stessa fu di poca entità, ma che segnò il principio di tutte quelle manifestazioni morbose, che per varii mesi ebbero a turbare la povera inferma. Essendole stato consigliato l'uso per via interna di ferruginosi a riparo della sua scadente nutrizione e sanguificazione, volle iniziare questa cura non ancora guarita della forma catarrale. Gli effetti immediati del medicamento furono dolori vivissimi allo stomaco e vomiti insistenti, che si mantennero anche dopo tolta la causa, che li aveva provocati, la gastralgia si presentava in seguito tanto a ventricolo pieno che digiuno ed il dolore si localizzava nel bel mezzo dell'aia gastrica con carattere puntorio e duraturo.

Al primo presentarsi di questi dolorosi fenomeni venne dai parenti notato, che anche il carattere della ragazza ebbe a subire un notevole mutamento, da gaia, socievole, affabile si fece tosto taciturna, stizzosa ed intollerante d'ogni più piccola molestia.

Obbligata di nuovo al letto vi rimase parecchie settimane soggetta sempre al dolore gastrico e continuando spesse volte al giorno a vomitare senza nausea e senza il preavviso di conati: sentiva salire il contenuto dello stomaco in bocca e lo rigettava quasi con senso di sollievo. Più tardi cessò la gastralgia ed il vomito si fece più raro, mantenendosi però abitualmente successivo ad ogni pasto, indipendente dalla qualità e quantità dei cibi ingeriti.

Consultò allora il Primario Medico del nostro Maggior Ospedale, che da abile clinico notò subito nel soggetto il fondo nevropatico, attribuendo a questo la spiegazione di ogni fatto, come invero gliene diede piena ragione la pronta guarigione dopo appena 8 giorni di cura puramente aspettante e d'isolamento nell'Ospedale stesso.

Però come la guarigione fu sollecita, rimase altrettanto poco duratura, poichè l' ammalata ricadde in breve in una nuova crisi nervosa rappresentata questa volta da una dispnea di intensità e frequenza non comune e così continua da impedirle il sonno. Attese per oltre un mese e inutilmente un miglioramento, spontaneo, finchè ricorse all'Istituto Poliambulanza dove il dottor Marzocchi, dirigente la sezione delle malattie nervose, volle a me affidarla per le necessarie cure.

Esame obbiettivo. — La Z. Caterina è giovine di media statura, di regolare costituzione scheletrica. Stato di nutrizione piuttosto deficiente, pannicolo adiposo scarso ed esili le masse muscolari. Pelle di color bruno pallido, mucose visibili rosee.

Cranio di conformazione brachicefala non presenta nulla d' anormale. Cuoio capelluto mobile ed indolente alla pressione: capelli bruni corti e poco abbondanti. Faccia ovale con zigomi poco pronunciati, naso proporzionato al viso con pinne assai dilatate per il penoso tipo di respiro, rima orale e mento regolari. Occhi normalmente ubicati e dotati di tutti i movimenti. Pupille eguali con contorni netti godono di pronta reazione alla distanza, alla luce ed al dolore. L'acuità visiva normale e così pure il senso dei colori. Misurato parecchie volte e con diversi colori il campo visivo col perimetro di Landolt, ha dato un risultato abbastanza irregolare, se si pensa che nei normali la perimetria va restringendosi secondo i colori bianco, turchino, giallo, aranciato, rosso, verde e violetto. Nel nostro caso si osserva in modo distinto in ambo gli occhi, che il perimetro dei colori centrali, verde e violetto ha un campo molto esteso della norma, mentre il bianco, che è il colore periferico per eccellenza, non raggiunge la misura fisiologica. Nell' occhio sinistro specialmente è caratteristico il restringimento concentrico del bianco e di particolare importanza la grande diffusione del rosso, che risulta il cerchio di maggiore estensione. La forma dei varii campi visivi non presenta particolari anomalie, se si toglie una spiccata tendenza alla figura circolare dipendente dalla brevità dei raggi esterni ed inferiori. All' esame oftalmoscopico non si riscontrano lesioni apprezzabili.

La sensibilità uditiva si manifesta squisita nei due orecchi: il battito di un comune orologio da tasca viene avvertito a destra alla

eistanza di m. 1, 40, a sinistra alla distanza di m. 1, 35: pure normale il senso del gusto e dell'olfatto.

La cavità boccale è ben conformata, i denti allineati e sani, la lingua mobile in ogni senso. il palato ogivale. La loquela è assai difficoltata dell'affannoso respiro, la parola in genere lenta e poco sonora, qualche volta afona. Deglutizione facile.

Nel collo si vedono i vasi turgidi, non vi hanno peró anomalie nei loro battiti, nè si palpano gangli ingrossati: la tiroide di forma e grossezza normale occupa la sua sede.

La conformazione del torace si allontana poco dal fisiologico: angolo del Luys non tanto pronunciato, spazi intercostali ampii ed appianati, fosse sotto e sopraclaveari discretamente marcate, angolo epigastrico piuttosto acuto. Le scapole si presentano poco aderenti alla cassa toracica specialmente nel loro bordo spinale, ma non tanto rialzate da doverle qualificare alate: la colonna vertebrale é senza deviazioni. Muscolatura e pannicolo adiposo deficiente, mammelle poco sviluppate.

I moti respiratori richiamano subito l'attenzione per il tipo particolare, che presentano poichè al loro effettuarsi prendono parte i soli muscoli superiori toracici intercostali, pettorali, scaleni e sternocleidomastoidei. L'ammalata giace con stento supina e ad ogni sforzo inspiratorio non riesce che a sollevare esageratamente ed in misura eguale le due metà alte del torace; le due regioni infero-laterali restano fisse e l'epigastrio vi partecipa con una scossa di profondo rientramento. L'intensità e il numero dei respiri di molto aumentati, circa 82 al minuto, il ritmo persiste costante. La forma della dispnea è mista, interessante cioè tanto la fase inspiratoria che la espiratoria.

Alla palpazione non si avvertono fremiti pleurali o bronchiali, nè pulsazioni anomale: si constata normale il fremito vocale tattile; non si provoca dolore alcuno affondando le dita negli spazi intercostali. La percussione e la ascoltazione non mettono in evidenza nulla che richiami qualche lesione della pleura o dei polmoni.

Subiettivamente l'inferma avverte lo stento, che le procura questa forma di respiro, ma non si lagna di provare alcun senso di sofferenza: di frequente va soggetta a dolore di capo.

Il cuore occupa la sua aia normale: il battito regolare con impulso breve ed ampio, non scuotente, si palpa al V. spazio intercostale sulla linea mamillare: anche quest'organo e tutto l'apparato circolatorio non presentano nulla di patologico agli ordinari mezzi d'esame. Frequenza dei polsi 85 al minuto.

L'addome ha forma esagonale, senza anomalie permanenti di livello; è indolente alla palpazione superficiale e profonda su tutta la metà superiore e buona parte dell'inferiore: nelle sole regioni ovariche si provoca dolore. Non si avvertono i margini della milza e del fegato, il ventricolo fa rilevare il suo limite inferiore sulla metà circa della linea xifo-ombellicale. Come si disse, asseconda i moti respiratori con rientramento dell'epigastrio, manifestato da speciale scossa ritmica ad ogni inspirazione. La digestione si compie assai stentatamente: il vomito, che per l'addietro era frequentissimo, dal momento dell'insorgenza dei fatti dispnoici non si è più presentato.

Gli arti superiori ed inferiori sono normali per forma e dimensioni.

Un accurato e metodico esame della sensibilità generale ci fa rilevare, che una larga zona è sede d'anestesia, anestesia incompleta, perchè si presenta come un profondo attutimento di sensibilità, piuttosto che abolizione vera della stessa e parziale, perchè non comprende tutte le forme, ma si manifesta solamente per gli stimoli tattili. I suoi limiti sono netti ed occupa tutto il braccio sinistro sino alla piega del cubito, la regione anteriore della spalla, il pilastro anteriore della cavità ascellare e la metà esterna delle mammelle dello stesso lato comprendendovi il capezzolo. Deficienza di sensibilità tattile notasi pure sulle mucose del velopendolo palatino, ugola, faringe e della congiuntiva di ambo gli occhi. Le altre sensibilità termica, dolorifica, barica e quelle profonde dei muscoli, dei ligamenti articolari e delle aponeurosi vengono riscontrate normali in ogni parte del corpo.

Nello stesso arto preso d'anestesia tattile si nota, che anche la motilità è poco pronta e l'ammalata avverte in questa parte un senso di stanchezza e di debolezza, che viene pure segnalata dal dinamometro in confronto coll'arto destro: M.D. 45, M.S. 15; non vi ha pero nessun fenomeno di turbata nutrizione. Niun altro disturbo funzionale si riscontra nell'apparecchio muscolare eccettuata l'immobilità del diaframma.

L'esame dei riflessi ci fa rilevare:

clono del piede	mancante
addominale	id.
faringeo	id.
corneale	assai tardo ed attutito
congiuntivale	id.
lacrimale	id.
papillare	normale d'ambo i lati
scapolare	id.
bicipitale	id.
patellare di destra	normale
» di sinistra	molto accentuato

Le urine assai variabili nella quantità giornaliera, perchè facile a manifestarsi discreta poliuria ad ogni aggravarsi dei disturbi nervosi, non li hanno fatto rilevare, quanto a qualità degli elementi patologici.

Circa le facoltà psichiche notasi intelligenza e memoria bene sviluppate, tono sentimentale e volontà piuttosto depressi, attenzione non molto energica, suggestibilità facile a provocarsi.

(*continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE SAINT-ANNE DI PARIGI

Dide e Weill

Lesione a focolaio della capsula interna. Paralisi laringea. Sindrome di Weber. — Il centro corticale dell'innervazione laringea è conosciuto per le ricerche sperimentali. Non esiste che una sola autopsia nell' uomo che ha permesso di riferire una paralisi laringea ad una lesione corticale a livello della regione opercolare della frontale ascendente (Garel e Dor). Poi la paralisi della corda vocale è stata notata dal Déjerine in seguito ad un rammollimento situato al lato opposto, nella regione sub-corticale al disopra del piede della III^a frontale. In un altro caso l'istesso autore costatò un fascio degenerato di mm. 5 situato nel braccio posteriore della capsula interna, tra il secondo segmento del corpo striato ed il talamo ottico a sinistra, lesione consecutiva a focolai sotto-corticale; esisteva una paralisi dei muscoli faringei a destra. Secondo Garel e Dor la localizzazione sarebbe un po' differente, ed un rammollimento rosso limitatissimo, situato esattamente nel ginocchio della capsula interna a destra, avrebbe cagionato una paralisi della corda vocale destra in posizione cadaverica. Per lo Eisenlohr le lesioni dei talami ottici non hanno alcuna influenza nella paralisi laringea; egli attribuisce a piccole degenerazioni lineari, constatate nella parte superiore della capsula interna ed a piccoli focolai protuberanziali la paralisi vocale che si osserva. Ma in questo caso le lesioni erano multiple: v'era un focolaio di rammollimento nel terzo posteriore dei due talami ottici, nel braccio anteriore della capsula interna a destra, e la paralisi era doppia, la corda sinistra essendo in posizione cadaverica, la destra paretica. Questi fatti, ancora poco numerosi, permettono di supporre che le fibre laringee partite dalla corteccia un po' dietro il piede della III^a frontale, seguono un tragitto vicino al fascio genicolato.

L'osservazione seguente conferma questa ipotesi.

R....... Sofia, di anni 62. Suo nonno morì con apoplessia fulminante; sua madre è morta a 69 anni, con paralisi destra, cominciata a 65 anni. Due zie erano emiplegiche. Una sorella è morta di tubercolosi. È stata sempre di buona salute, quantunque abbia commesso numerosi eccessi alcoolici. Da otto anni ella ha idee confuse di persecuzione. Al principio di febbraio fu côlta da paralisi di tutto il lato destro. Per molti giorni la sua parola è completamente inintelligibile, benchè sembra comprendere ciò che le si dice; comincia a parlare tre giorni dopo e carica d' ingiurie i suoi parenti. Diviene allora agitata ed interpella delle persone imaginarie. Entra a Saint-Anne il 22 febbraio 1899. A sinistra si nota un leggero grado di ptosi della palpebra superiore; i movimenti oculari sono limitati, salvo in alto ed all'infuori (paresi delle fibre muscolari del III° paio); l'iride è sensibilmente più stretta e le reazioni alla luce ed all' accomodazione sono molto diminuite. La lingua invece é deviata a destra e la commissura delle labbra tratta a sinistra ed abbassata, ciò che mostra che il facciale inferiore destro è preso. Vi ha paresi accentuata degli arti del lato destro; la forza muscolare è quasi nulla. I riflessi diminuiti a destra sono normali a sinistra. La sensibilità è diminuita a destra. La corda vocale destra é quasi immobile durante i movimenti respiratori. L'aritenoide destra è su di un piano posteriore della sinistra. Durante l'emissione della *e* si osserva che, con la voce forte, le due corde sono mobili e la fessura glottidea è deviata a destra; con la voce debole la corda destra si avvicina leggermente alla linea mediana, mentre la corda sinistra si muove in modo da oltrepassare la linea mediana. La sua demenza è forse secondaria alla lesione cerebrale. Il 26 febbraio sta nel decubito dorsale, indifferente a tutto ciò che le succede intorno. Il polso dà 120 al minuto e si percepisce solo a destra; il respiro dà 30. L' arto superiore sinistro è cianotico e più freddo del destro. Una escara sacrale fa rapidi progressi; la temperatura è 38°, 5; la dimani la malata muore nel coma con 40°.

All'autopsia tutti gli organi, eccetto il sistema nervoso, sono normali. La corteccia cerebrale sembra intatta, il cervelletto è normale, non vi ha rammollimento od emorraggia protuberanziale. A livello della parte anteriore della porzione ventricolare del talamo ottico sinistro un focolaio di rammollimento, che arriva sino alla linea mediana, e che, a tal livello, offre la superficie di un pezzo da una lira. Questo focolaio oltrepassa in basso il talamo ottico ed interessa il peduncolo a livello dell'emergenza del III° paio. Un taglio orizzontale passante per il mezzo del focolaio permette di vedere che si estende allo infuori fino al corpo striato, interessando la parte più anteriore del braccio posteriore della capsula interna. Una serie di tagli praticati verticalmente nella regione rolandica non ha permesso di costatare l'esistenza di alcun focolaio sotto-corticale.

L' emisfero destro è normale. La protuberanza ed il bulbo mostrano un'atrofia secondaria del fascio piramidale ma nessun focolaio antico o recente.

Non vi ha d'insistere sulla sindrome del Weber spiegata dalla lesione costatata. La lesione del talamo ottico pare accessoria, le alterazioni di questo organo non avendo alcun rapporto con la motilità della laringe (Eisenlohr). Non esiste che l'osservazione di Garel e Dor, dove una lesione capsulare, all' esclusione di ogni altra alterazione cerebrale, sia stata seguita da paralisi laringea. In questo caso la corda vocale era in posizione cadaverica, invece nel caso di Dide e Weill vi era

paresi tanto della corda vocale che degli arti del lato destro.

Sembra legittimo il concludere che le fibre laringee intracorticali passano nella capsula interna in vicinanza del ginocchio, alla parte anteriore. Semon ed Horsley, nella scimia, localizzano il fascio laringeo (vocale) nel braccio posteriore della capsula interna, direttamente indietro del fascio delle fibre linguali e laringee; il fascio laringeo respiratorio passa nel ginocchio stesso della capsula. Sembrerebbe che la paralisi laringea accompagnante la sindrome di Weber, nell'osservazione recente di Dide e Weill, fosse in rapporto con una lesione della parte anteriore del peduncolo cerebrale. La paralisi laringea non è stata mai costatata negli emiplegici con lesioni cerebrali.

OSPEDALE CIVILE DI NANCY. prof. Bernheim

Un caso di destro-cardia. Garnier.—Un'anomalia di posizione del cuore piuttosto frequente è lo spostamento di esso verso il lato destro (*dexio o destro-cardia*). Le cause di questo spostamento sono variabili. Il Kundrat distingue tre specie di destrocardia: 1. semplice spostamento del cuore a destra; 2. tutte le parti del cuore hanno la loro situazione normale, eccetto la punta che è spostata a destra; 3. il cuore ha la disposizione che avrebbe il cuore normale visto in uno specchio; ciò che si osserva nei casi di trasposizione dei visceri. Queste modificazioni di posizione possono esser dovute sia a fatti noti d'indole patologiche, sia ad anomalie di sviluppo di certe parti dell' apparecchio circolatorio. Quest'ultime son certamente permanenti; avviene anche lo stesso per certe ectopie acquisite in seguito alla persistenza delle cause che le cagionarono. Infine, certi spostamenti del cuore sono transitorii, e sono i più frequenti. Essi son legati all' aumento di volume del sistema pleuro-pulmonare, per versamento pleurale sinistro o più raramente per epatizzazione del polmone dello stesso lato. Quando questa epatizzazione ed il versamento scompaiono, il cuore riprende la sua posizione normale. Tripier e Devic fanno però notare che, quasi sempre, l'ectopia persiste ad un grado più o meno accentuato, per la formazione di aderenze. Ne risulta quindi che la maggior parte delle destrocardie, di qualsiasi grado, sono definitive. Le destrocardie possono essere così classificate: 1. destrocardie congenite con o senza trasposizione di visceri: 2. Destrocardie di origine patologica. Quest'ultime poi si distinguono in 1. destrocardie consecutive e modificazioni di volume dell' apparecchio pleuro-pulmonare sinistro; 2. destrocardie in relazione con la presenza di tumori mediastenici, respingenti il cuore in fuori; 3. destrocardie consecutive a lesioni producenti la diminuzione di volume del polmone destro (pleurite antica, sclerosi pulmonare). Quest' ultima causa sembra assai rara. Secondo Tripier e Devic il fatto si osserva trattandosi del polmone sinistro. Si comprende pertanto bene che la sclerosi del polmone destro possa, in una gabbia toracica poco retrattile, quella di un adulto per esempio, produrre un vuoto che naturalmente tende a colmarsi a spese degli organi vicini. Questi organi sono il cuore ed il polmone. Ora, se il polmone, per la sua dilatabilità naturale, ha sovratutto tendenza, divenendo enfisematoso, a colmare il vuoto che l'attrae, non è impossibile che il cuore, inviluppato dal pericardio, non subisca alla sua volta l'influenza di questa aspirazione, tanto più che è aiutato dall' aumento di volume del polmone restante, di cui gli alveoli si dilatano per produrre l'enfisema vicariante.

Analizzando le cause che creano il cambiamento di situazione del cuore nei casi di sclerosi pulmonare detta, bisogna tener conto dell' aspirazione conseguenza del vuoto prodotto dalla retrazione dei tessuti che riempiono la gabbia toracica del lato destro, e della spinta eccentrica del polmone sinistro che tende per conto suo a colmare lo spazio lasciato libero. Due cause di destrocardia si combinano qui dunque per produrre lo spostamento dell'organo, cioè: la diminuzione del volume del polmone destro e l'aumento di quello del sinistro. Con la sclerosi può, invece dell' enfisema, coesistere un versamento pleurale. Un tal caso ha osservato il Garnier nella clinica del Prof. Bernheim; l'autopsia fece costatare l'esattezza della diagnosi clinica. In riassunto s'é trattato in questo caso di una pulmonite del lobo inferiore sinistro, in un individuo alcoolista, con cuore spostato a destra, in seguito ad una sclerosi antica che avea completamente atrofizzato il polmone destro. Questa sclerosi pulmonare era verisimilmente consecutiva ad una pleurite, perchè è così che bisogna interpretare la flussione di petto che il malato avrebbe avuto molto tempo prima. La deformazione toracica, quantunque poco accentuata, deponeva in favore di questa ipotesi. La pleurite essendo sopravvenuta nell'età adulta, il torace, non essendo più retrattile, non potè seguire il ritirarsi del polmone. Il vuoto fu colmato dal cuore, che venne attratto a destra, e dal polmone sinistro, che si riscontrò molto enfisematoso e che invadeva il lato destro del torace. Ciò spiegava la sonorità esagerata ottenuta avanti e nella fossa sopra-spinosa, da simulare quasi lo skodismo. Se si aggiunge che la persistenza dei grossi bronchi nel mezzo del tessuto indurato dalla sclerosi, spinto contro la doccia costo-vertebrale, rendeva conto del soffio manifesto e della broncofonia che si percepiva alla parte posteriore del torace, non bisogna meravigliarsi se si pensò fin dall'inizio e malgrado l'assenza di rantoli, ad una pulmonite lobare destra. La radiografia avrebbe molto probabilmente ri-

schiarato la diagnosi se essa avesse potuto essere usata. Essa, difatti, ha reso dei servigi, in casi di ectopia cardiaca consecutiva a sclerosi pulmonare, a Fernet e Moutard-Martin. In una osservazione antica del Guitrac le alterazioni erano quasi simili a quelle riscontrate nel caso Garnier. Bisogna ancor ricordare i casi di Niesel, di Petit, ecc. in cui la destrocardia fu diagnosticata durante vita ed attribuita alle conseguenze di una pleurite destra. Tutte queste osservazioni dimostrano che l'aspirazione del cuore consecutiva alla retrazione del polmone destro è cosa possibile. Spostamenti simili potrebbero osservarsi per lesioni analoghe del polmone sinistro (caso del Davies).

Ogni volta che ci si trovi in presenza di pulsazioni cardiache ectopiche bisogna pensare a questo modo di patogenesi della destrocardia.

Un meccanismo rarissimo di spostamento del cuore a destra, è quello descritto da Paschcles e Paltauf; i vasi erano a posto, ma la punta diretta a destra è situata in un incavo del fegato. Quest'autori misero ciò in rapporto con un antico versamento del pericardio, che abbassò il diaframma e permise così alla punta di volgersi a destra. Il cuore, mancando di punto di appoggio, sarebbe rimasto fissato, per le aderenze, in questa nuova direzione. Ma questi fatti sono rarissimi, ed il più spesso non ci si dovrà preoccupare che di sapere se lo spostamento è congenito od acquisito ed in quest'ultimo caso, se è consecutivo ad una pleurite destra o ad una sclerosi pulmonare sinistra.

La diagnosi differenziale può esser fatta con l'ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione combinate; il criterio principale poi stà nella posizione esatta della punta e nella determinazione dell'orientamento del grande asse del cuore. Bisogna però ricordare che non tutto ciò che batte rappresenta la punta. Il Bard ha stabilito che nei casi di deviazione del cuore a destra per una spinta dovuta ad un versamento pleurale sinistro od anco per trazioni dirette, il cuore è spostato in massa, senza che la direzione generale del suo asse sia modificata; mentre che nei casi di presenza reale della punta sotto la mammella destra, come capita nei casi di destrocardia congenita, si riscontra un secondo impulso, che è quello della base, al di sopra ed al di dentro di quello della punta. L'asse del cuore è quindi completamente invertito e si orienta dall'alto in basso, da sinistra a destra e da dietro in avanti.

Il Garnier, nel suo caso, ha potuto vedere che il cuore aveva la sua direzione quasi normale, salvo un'obliquità esagerata e tendente ad avvicinarsi alla orizzontale. Lo spostamento era considerevole, poichè la base arrivava a livello del margine ascellare anteriore, e, siccome non esisteva a sinistra alcuna causa capace di abbassare sufficientemente il diaframma, il cuore, attratto verso destra, avea preso punto di appoggio scivolando sulla punta ed era venuto a coricarsi sulla parte destra della volta diaframmatica. La punta durante questo movimento s'elevava lungo la cupola muscolo-aponevrotica, mentre la maggior parte del margine destro discendeva e la base descriveva una curva, trasportando con sè i vasi ed aumentando consecutivamente il raggio di curvatura e la lunghezza dell'arco aortico. Ne risulta che il sollevamento sistolico, percepito al V spazio a destra, era verisimilmente dovuto alla pulsazione aortica nel momento della contrazione dei ventricoli, ed analizzando l'urto con maggiore particolarità, si avrebbe potuto sentire l'urto delle orecchiette precedente il sollevamento aortico e percepire la vibrazione sigmoidea del Friedeich. Corrispondeva solo alla punta l'ondulazione sistolica visibile al di sopra dell'epigastrio, ma indebolita dall'interposizione dell'estremità inferiore dello sterno.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ DI NEUROLOGIA DI PARIGI

Seduta del 6 Luglio 1899

Joffroy, presidente, ringrazia l'assemblea per l'onore accordatogli di sceglierlo per suo presidente.

Ricorda i suoi illustri maestri, Duchenne (di Boulogne) e Charcot, proclamandoli fondatori della moderna neuropatologia.

Dice che accettandone la loro eredità scientifica, bisogna continuare a seguire di un passo infaticabile il movimento in avanti, nella via profonda che essi ci hanno aperto, e perciò è nata la Società di Neurologia.

Con tali auspici, in nome dei colleghi, dichiara constituita la Società di neurologia.

Raymond. **Sordità verbale pura di natura isterica.** — Presenta due giovanette, una di 20 e l'altra di 15 anni, le quali non comprendono più il significato delle parole, pur avendo l'udito normale.

Nella prima questo stato data da nove anni, nella seconda da dieci mesi. Trattasi di sordità verbale pura, di natura evidentemente isterica.

Gilles de la Tourette domanda se in queste ammalate la suggestione trovasi in ballo, poichè, come si sa, base di tutte le manifestazioni isteriche è la suggestione.

Raymond dice che la più giovane ha avuto, nella sua infanzia, una otite; questa affezione la impressionò, il timore di una operazione, fece sì che pochi giorni dopo, presentasse le prime stigmate isteriche, cioè crisi convulsive.

Babinsky. **Il fenomeno del dito del piede nell'epilessia.**—Nell'ultimo lavoro publicato sul fenomeno del dito del piede ha riferito un caso di epilessia jackso-

niana, ove questo fenomeno si constatava immediamentate dopo la crisi. Ora da recente ha veduto un ammalato affetto da una neoplasia intracranica, che andava soggetto a degli accessi convulsivi generali, con perdita di coscienza, e incontinenza di urina e di feci: in uno di questi accessi, oltre l'abolizione del riflesso anale ha notato il fenomeno del dito del piede in entrambi i lati, mentre che i riflessi tendinei non erano modificati. Inoltre ha osservato il fenomeno del piede anche in individui affetti da epilessia. detta idiopatica; tale segno ora era unilaterale, ora bilaterale, talvolta è accompagnato dall'esagerazione dei riflessi tendinei, e da trepidazione epilettoide del piede, come anche da abolizione del riflesso anale. Negli accessi isterici, il fenomeno del piede non si osserva mai. Ne risulta che la constatazione di questo segno durante una crisi, in un soggetto con riflesso cùtaneo plantare normale al difuori delle crisi, permette di scartare l'ipotesi di accesso isterico; e potrebbe in un caso dubbio servire a stabilire la diagnosi di epilessia. Si noti però che l'assenza di questo segno non esclude l'epilessia, poichè il fenomeno del piede può mancare nelle crisi epilettiche.

Gilles de la Tourette domanda se Babinski ha veduto come si comporta il riflesso cutaneo plantare nelle crisi epilettiformi parziali di natura isterica. É modificato o normale? Ciò avrebbe un gran valore, poichè attualmente non vi ha alcun segno clinico per potere affermare la natura isterica di una crisi epilettiforme parziale. Solo l'analisi delle urine permette di troncare la quistione.

Babinski risponde che non ha avuto ancora occasione di fare questa ricerca, ma crede che nelle crisi epilettifermi parziali di natura isterica, il riflesso cutaneo plantare non dovrà essere modificato.

Souques. **Trattamento chirurgico delle meralgie parestesiche.** — La meralgia parestesica è sovente ribelle a tutte le cure mediche, qualche guarigione consecutiva alla resezione del femoro-cutaneo, publicata da diversi autori, ha spinto il Souques a eseguire tale operazione in una ragazza, che soffriva di una meralgia parestesica occasionata da lavoro eccessivo. Il pezzettino di nervo estirpato era sano. Dopo l'operazione per alcun tempo sembrò perfettamente guarita, ora ha avuto qualche crisi dolorosa, ma leggera. Il trattamento chirurgico, dunque non darebbe una guarigione completa, ma un miglioramento notevole.

Souques. **Risultato ottenuto in seguito alla resezione del simpatico nella epilessia essenziale.** — Un uomo di 43 anni, epilettico, subì sei mesi fa la resezione del simpatico. le crisi cessarono, ma poi ripparvero, ora sono così frequenti e così intense come pria dell'operazione.

Déjerine osserva che questa operazione, contro l'epilessia è inutile, e pericolosa in quanto che alla simpatectomia sempre seguono dei disturbi trofici, specie nei soggetti giovani.

Ballet. **Delirio tossico con crisi epilettiformi causate da solfato di cinconitina.** — Una donna affetta di nevralgia prese 0, 75 centigrammi di solfato di chinina, dopo ebbe una crisi epilettiforme seguita da allucinazione visiva. Si pensò ad un delirio tossico e fatta esaminare una delle cartine rimaste si trovò solfato di cinconitina.

Ballet. **Emiplegia sinistra e paralisi alterna della sensibilità.** — Localizzare è sovente difficile. Un uomo è affetto da emiparesi sinistra con integrità dei movimenti della faccia, anestesia dolorifica e calorifica completa con conservazione del tatto che esiste a destra. Questi sintomi farebbero pensare ad una sindrome di Brown-Sequard, che rivela una lesione della metà sinistra della midolla cervicale. Ma l'anestesia sinistra della faccia complica il problema della localizzazione. Si può supporre che esista una lesione unica interessante il nastro di Reil e il trigemino o avendo guadagnato il fascio piramidale, bisognerebbe ammettere due lesioni distinte? Questo è il problema, probabilmente insolubile.

Dufour. **Considerazioni cliniche sull'avvenire delle convulsioni infantili.** — Dallo esame di 66 casi, riassume i seguenti dati: 1° Le convulsioni infantili della prima età sono d'origine epilettica; 2° Esse non si riscontrano negli isterici non epilettici; 3° Il bambino è sempre disposto a reagire in modo epilettico a cause multiple, fra le quali stanno in prima linea le infezioni e le intossicazioni; 4° Praticamente, la presenza di convulsioni infantili nei casi di difficile diagnosi tra epilessia ed isteria, deve fare ammettere la diagnosi di epilessia; 5° In ciò che riguarda la terapia si cerchino di combattere le infezioni, intossicazioni o auto-intossicazioni per evitare questa reazione epilettica.

Marie dice che le conclusioni di Dufour sono in parte legittimate, però non crede che queste convulsioni sieno già di natura epilettica. È il reliquato dell'infezione, dell'intossicazione, che ha lesionato le cellule corticali, che determina l'epilessia; di modo che spesso l'epilessia non è ereditaria, ma acquisita, accidentale.

Oddo in appoggio a ciò che ha detto Marie, cita il caso, di un fanciullo che in seguito ad una infezione, ebbe convulsioni e poi morì. All'autopsia si trovarono delle lesioni manifeste nelle cellule piramidali della zona motrice.

Joffroy crede che l'epilessia accidentale, acquisita, ammessa dal Marie come frequente, sia molto rara, e che quasi sempre si è in presenza di epilessia ereditaria.

Déjerine. **Ematomielia complicante una sezione midollare.** — Riferisce un caso di un ammalato che a

primo esame sembrava affetto da banale paraplegia completa , ma poi per l' esistenza di dissociazione delle sensibilità si dovette pensare a fatti siringomielici; difatti all'autopsia si trovò a livello del segmento lombare il canale centrale dilatato e formante una cavità, che a partire del 9° paio dorsale aveva distrutto completamente il corno posteriore destro; questa lesione persisteva in tutta l'altezza della colonna dorsale e diminuiva poco a poco per scomparire a livello del 7° paio cervicale.

Chipault. **Trattamento dal mal perforante del piede con lo stiramento dei nervi.** — Riporta una statistica da cui si rileva come su 49 ammalati, così operati, 48 guarirono. Di questi 48,30 furono seguiti per parecchi anni, 24 non presentarono alcuna recidiva, 6 soltanto videro il loro male ritornare.

Dupont. **Applicazione del fonografo per registrare i disturbi della parola.** — Fa intendere a mezzo del fonografo differenti deliri e studia le modificazioni della parola nella paralisi generale, nella sclerosi a placche e in altre affezioni nervose.

NEUROPATOLOGIA

LE PARALISI POST-ANESTESICHE

In seguito ad alcune operazioni chirurgiche con anestesia generale si osservano alle volte disturbi paralitici più o meno importanti.

Il fatto che queste paralisi occupano per lo più una regione estranea al campo operativo , la loro rarità relativa, infine l'oscurità apparente della loro patogenesi hanno determinato alcuni autori a metterle in un gruppo a parte col nome di *paralisi post-anestesiche* ; nello spirito degli autori , l' anestesia generale sarebbe la causa efficiente di questa paralisi.

Mally (*Revue de Chirurgie*, n. 7, 10 luglio 1899) si occupa di quest'argomento e studia le paralisi per emorragia cerebrale o paralisi centrali , le paralisi isteriche, le paralisi periferiche e le paralisi riflesse.

Riassume in primo luogo dieci osservazioni che si riferiscono tutte ad accidenti emiplegici, che seguirono quasi immediatamente un' operazione grave con anestesia. Sulla natura di questa paralisi non havvi dubbio alcuno ; nella grande maggioranza dei casi bisogna invocare un' emorragia cerebrale; nel resto , quattro delle 10 osservazioni suddette sono accompagnate dall'autopsia e le lesioni sono state affatto nette. Furono rammollimenti corticali generalmente molto localizzati; una sola volta vi ebbe inondazione ventricolare. La causa di questi accidenti deve attribuirsi all'anestesia ? Si trattava di ammalati eminentemente predisposti a questa specie di accidenti ; l'età , il sesso , la diatesi cancerigna , tutto suppone che questi ammalati erano in imminenza d' *ictus*.

Resta a stabilire se la rottura vascolare fu provocata dall' anestesia stessa o se bisogna incriminare l' agente anestesico. È difficile negare l' influenza dell'anestesia come causa immediata; havvi luogo ad ammettere che il disturbo circolatorio cerebrale che costituisce lo stato anestesico ha potuto provocare una rottura vascolare già pronta a prodursi; ma se si pensa che tali accidenti si producono giornalmente , spontaneamente ed in conseguenza delle cause più futili, come una semplice emozione, si vede che pochissima importanza deve darsi all'anestesia. Del resto, se si considera il grande numero di ammalati che si anestesizzano in simili condizioni e la grande rarità degli accidenti di tale natura, si è condotti a restringere sempre più l'importanza dell'anestesia generale come agente provocatore dell'emorragia dei centri. In queste condizioni, è permesso di attribuire all'agente anestesico, cloroformio o etere, un ufficio qualsiasi nelle genesi dei detti accidenti? Mally non lo pensa e dice che nulla autorizza ad affermare un' azione simile, almeno per queste classi di paralisi. Bisognerebbe attribuire al cloroformio ed all'etere un'azione immediata , istantanea sulle tuniche vasali , o nulla giustifica finora tale asserzione.

Mally riferisce poi 6 osservazioni le quali sembrano riferirsi all'isteria. Uno solo di questi 6 casi presenta un vero interesse , è quello descritto da Fanto. Una ragazza di 19 anni subì una laparotomia. Al destarsi, si notò paralisi totale dell'arto superiore destro con anestesia , che persisteva tre mesi dopo l'operazione. Esisteva una zona di anestesia sulla faccia esterna del braccio, reazione faradica dei muscoli normale; l' ammalata era isterica. Si tratta quindi di una vera paralisi isterica, che presentava i caratteri classici di questa specie d' accidenti. Gli altri casi hanno per oggetto sia disturbi fugacissimi osservati in individui isterici, sia paralisi poco gravi di etiologia dubbia. Non sembra dunque che l' anestesia per sè o l' agente anestesico possano essere considerati come fattori importanti della paralisi isterica.

Se si vuole considerare da una parte la frequenza dell'isteria e dall'altra la rarità delle paralisi isteriche post-anestesiche, sarà difficile di vedervi una relazione da causa ad effetto. Le paralisi isteriche al contrario sono d'ordine psichico; appaiono dopo un certo tempo, dopo una specie di meditazione ; d'ordinario sono più in rapporto collo *choc* morale che col traumatismo stesso. Ora lo stato anestesico non favorisce per nulla queste condizioni patogenetiche ; la soppressione della coscienza, l'assenza di memoria del traumatismo permetterebbero piuttosto di supporre il contrario. Comunque sia , le paralisi isteriche vere post-anestesiche sono in fatto estremamente rare, ed in ogni caso non sembrano doversi riferire all'anestesia.

Le paralisi periferiche rappresentano il gruppo

più importante, almeno per numero. fra gli accidenti post-anestesici. Mettendo insieme i casi raccolti da Bastiat ed 8 osservazioni personali di Mally, si ha un totale di circa 38 casi di paralisi periferiche, dei quali 25 assumono la forma delle paralisi radicolari quasi tutte del tipo superiore e 13 solamente la forma tronculare. Fra quest'ultime, tutte riconoscono come causa evidente una compressione temporanea esercitata per inavvertenza durante l'anestesia. È perciò che si trova sempre in ballo il radiale, a causa della sua vulnerabilità a livello della doccia di torsione. Dippiù esse presentano fedelmente i caratteri delle paralisi nevropatiche da compressione. Le paralisi radicolari osservate da Mally presentavano gli stessi caratteri delle paralisi da compressione, quindi havvi luogo a supporre ch' esse si riconoscano per causa della compressione.

In conclusione, le paralisi periferiche post-anestesiche per la loro patogenesi, i loro caratteri clinici, la loro evoluzione sono paralisi da compressione. Qual è l'ufficio che si può attribuire all' anestesia nella produzione delle paralisi post-anestesiche? Un ufficio secondario ed in qualche modo indiretto. Lo stato di risoluzione muscolare, la perdita della coscienza e della sensibilità fanno sì che l'ammalato non può difendersi, nè protestare contro una posizione difettosa e dolorosa imposta ai suoi arti superiori; fatto che non avrebbe avuto luogo coll'anestesia locale per esempio. L'importanza dell'agente anestesico stesso è molto ipotetica. É impossibile dimostrare che il cloroformio o l'etere provochino paralisi per azione tossica diretta. Però è forse proibito di credere che l'agente anestesico spieghi una certa influenza nella produzione delle paralisi post-anestesiche. Infatti per spiegare, a condizioni uguali nel resto, che alcuni ammalati sono paralizzati mentre la maggior parte restano indenni, si è d' accordo a riconoscere che alcuni soggetti sono in qualche modo predisposti a questi accidenti: ma quando si tratta di definire in che cosa consista precisamente questa predisposizione, si vede che in realtà nulla è più vago e meno definito; i neuroartritici, gli anemici per cancro od altre affezioni depressive sarebbero per esempio dei candidati a questa specie di accidenti. In fatto, nessun pratico può affermare o provvedere prima dell'operazione se un ammalato é più esposto di un altro ad una paralisi consecutiva, ad un traumatismo leggiero ed ordinariamente senza conseguenza. In queste condizioni, l'eliminare completamente l'ipotesi dell'azione nociva del cloroformio non è più razionale di ammetterla per principio; in conseguenza questa questione non è suscettibile di presentare una soluzione positiva o negativa nello stato attuale del problema.

Un 4° gruppo di paralisi può venire osservato dopo l'operazioni con anestesia generale: è quello delle paralisi riflesse, conosciute già dai lavori di Vulpian e Charcot; si sa che succedono d'ordinario ai traumatismi articolari l' atrofia riflessa d'origine articolare, e che spesso la loro gravezza non è affatto in relazione col traumatismo che ha dato loro origine. I traumatismi articolari non sono i soli a produrre questa specie d'atrofia a distanza: esse possono prodursi in seguito ad un traumatismo nervoso. Queste paralisi sono caratterizzate dai segni seguenti: esagerazione dei riflessi, atrofia poco importante e stazionaria indefinitamente, esagerazione della contrattilità meccanica o nello stesso tempo diminuzione talvolta enorme dell'eccitabilità elettrica. Questa specie di paralisi non deve essere quindi disconosciuta né essere confusa con disturbi d'ordine isterico. Queste paralisi riflesse non sembrano riscontrarsi più frequentemente nè più specialmente dopo l'anestesia; ma havvi luogo a considerarle come paralisi post-anestesiche.

In conclusione quindi, fra gli accidenti paralitici segnalati come consecutivi all'anestesia, due gruppi sembrano che non abbiano alcuna relazione coll'anestesia: le paralisi isteriche e le paralisi riflesse. Le paralisi centrali per emorragia cerebrale sono accidenti rari, nei quali l' anestesia sembra che abbia provocato una rottura vascolare in un modo puramente meccanico. Le paralisi periferiche sono complicazioni molto frequenti. Sono sempre paralisi da compressione. L' anestesia spiega un ufficio abbastanza indiretto nella loro patogenesi, favorendo la compressione involontaria ed accidentale dei tronchi nervosi e delle radici del plesso brachiale. È impossibile di mettere in evidenza l'azione tossica o depressiva dell' agente anestesico; sul sistema nervoso quest'azione resta ipotetica.

Il trattamento di questa paralisi dev'essere preventivo e curativo. Durante l'anestesia si eviti di collocare il braccio in elevazione forzata; si avrà cura che gli arti non riposino in falsa posizione sullo spigolo del tavolo di operazione, non siano compressi dal peso dell' ammalato o da un laccio costrittore mal collocato. La cura degli accidenti emiplegici e dei disturbi isteriformi non presenta indicazioni particolari. Le paralisi periferiche da compressione saranno trattate coi processi ordinari della faradizzazione localizzata, quanto più presto si potrà. Se le reazioni elettriche indicano un'atrofia degenerativa, bisogna astenersi dal praticare l' elettrizzazione localizzata. Si eviterà la rigidezza articolare della spalla, consecutiva nell'immobilizzazione paralitica, praticando di buon' ora movimenti passivi di quest'articolazione. Le paralisi riflesse gravi non debbono essere trattate con l'elettrizzazione localizzata. Bisogna cercare di attenuare l'instabilità riflessa del midollo con l' applicazioni sedative dell' elettricità statica, bagno, rivulsione sulla colonna vertebrale.

FORMULARIO

Per la cefalea dei nevrastenici

Fosfuro di zinco . . . . . milligr. 15
Ferro ridotto . . . . . . centigr. 20
Estratto di noce vomica . . » 12
dividi in pillole 8. Da 2 a 3 al giorno.

Oppure:

Valerianato di zinco
Solfato di ferro
Estratto di rabarbaro
Assafetida
} . ana gr. 1,20

Dividi in 20 pillole. Dà 3 al giorno.

Eulenburg.—Contro la nevralgia

Ittiolo
Unguento mercuriale
} . . ana gr. 2,50
Cloroformio
Spirito canforato
} . . » » 15

Mischia. Agitare bene prima di applicare.

Contro le nevralgie ovariche

Estratto di belladonna . . . . gr. 0,25
Estratto di stramonio . . . . . » 0,30
Lattofenina . . . . » 6

Mischia e dividi in 20 pillole. Dà 2-3 pillole al giorno.

NOTIZIE E VARIETÀ

Per la distruzione delle zanzare.

Da uno studio accuratissimo di A. Celli ed O. Casagrandi, che hanno fatto a tal uopo, si ricavano le conclusioni generali ed i corollari pratici seguenti:

1° Di tutto il tempo che dura la vita delle zanzare, gli stadî nei quali è più facile distruggerle sono quelli o di larve, specialmente se giovani, o di zanzare aeree;

2° Per uccidere le larve, fra tutte le moltissime sostanze sperimentate, si hanno in ordine decrescente di azione zanzaricida: *a*) Fra le sostanze minerali: anidride solforosa, permanganato potassico, acido idroclorico, sal comune, potassa, ammoniaca, carburo di calce, sublimato corrosivo, cloruro di calce, e poi bisolfiti, solfato di ferro o di rame, calce, bicromato potassico, solfuro sodico. *b*) Fra le sostanze organiche: polveri di fiori chiusi di crisantemi, tabacco, petrolii ed olii, formalina, cresoli, alcuni colori di anilina (gallolo, verde malachite, catrame). Più pratiche e più economiche fra tutte queste sostanze sono le polveri vegetali, il petrolio, i colori di anilina;

3° Per uccidere le zanzare aeree si hanno odori, fumi e gas. È però da notare che questi odori, o fumi o gas per esercitare l'azione loro zanzaricida devono riempire e saturare tutto quanto l'ambiente;
4° Il problema della distruzione delle zanzare è sperimentalmente solubile; ma praticamente lo sarà quando l'interesse economico lo vorrà;

5° L'epoca opportuna per distruggere le larve è l'inverno, quando esse dentro le acque, sono nel minor numero, e nuove generazioni non se ne fanno; è questo perciò il momento nel quale è più facile attaccarle.

Sanatorio per i tubercolosi a Terni

Si è costituito un Comitato collo scopo di fondare un sanatorio per i tubercolosi presso Terni, e propriamente alla cascata delle Marmore, splendidà località che desta l'ammirazione dei visitatori, cui si accede con tutta facilità. L'altopiano delle Marmore è a 380 metri sul livello del mare; il clima vi è mite; difendendolo dai venti una bella corona di monti e e prova ne sia il fatto che alle falde dell'altipiano vegetano allo scoperto gli aranci come sulla riviera ligure. Il Comitato è composto del prof. senatore Durante di Roma, prof. comm. Grocco di Firenze, prof. cav. Patella di Perugia, prof. cavaliere Bordoni-Uffreduzzi di Milano, dottor cav. Fabbri di Terni e dottor cav. Olivieri di Sangemini.

Società italiana di ostetricia e ginecologia

La sesta adunanza della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia si terrà nell'ottobre prossimo a Pavia.

Questa riunione acquisterà speciale importanza, poichè a Pavia i soci si troveranno a rendere mesto e solenne omaggio alla memoria del compianto professore Cuzzi in occasione dell'inaugurazione di un busto all'illustre estinto, che in quel tempo verrà fatta nella Clinica Pavese.

Nell'adunanza di Pavia saranno discusse le relazioni scientifiche: « Sull'ordinamento dell'insegnamento ostetrico-ginecologico » e « sui tumori infra-ligamentosi », affidate rispettivamente ai soci: professori Ercole F. Fabbri e Giovanni Calderini.

Il Comitato ordinatore del Congresso, rappresentante a Pavia la Commissione permanente esecutiva, è costituito dal prof. Luigi Mangiagalli, presidente e dal prof. Giuseppe Resinelli, segretario.

I soci e tutti i medici chirurghi che vorranno prender parte alle prossime riunioni scientifiche dovranno rivolgersi perciò al Segretario della Commissione permanente in Roma solamente per la richiesta delle riduzioni ferroviarie: mentre dovranno rivolgersi al prof. Resinelli (Pavia, R. Istituto Ostetrico-Ginecologico) per tutto quanto riguarda l'ordinamento del Congresso prossimo (presentazione dei lavori, richiesta della tessera di riconoscimento ecc.).

PICCOLA POSTA

G. S. Rosignano Marittimo. Rivolga il quesito al dott. Carraroli in Parma, via Corte d'appello, 18.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

FORME CLINICHE DELLE PARAFASIE

La parola *parafasia* (*paralalia, paramnesia*: Lordat; *eterofrasia*: Moore; *amnesia incoordinata*: Ch. Bastian; *afasia coreica, afasia incoerente, jargonafasia*), fu creata da Armand de Fleury nel 1865 per designare un' anomalia del linguaggio caratterizzata dalla perdita di rapporto delle parole all' idea, e risultante da un errore nell'atto della trasmissione interiore all'apparecchio di articolazione delle parole. Il Kussmaul ne diede più tardi una definizione meno astratta; secondo lui per parafasia deve intendersi quel disturbo della parola nel quale le idee non rispondono più alle loro imagini vocali, venendo pronunciate delle parole, invece che conformi al senso, completamente estranee ed incomprensibili. Tutti i disordini parafasici possono estendersi a tutti i modi d'espressione del pensiero. Sicchè conviene oggi dare una definizione d'indole più generale: la parafasia è una perturbazione dell'emissione del linguaggio, per la quale certi malati, intelligenti e che sanno perfettamente ciò che vorrebbero dire, usano involontariamente, per rivestire il loro pensiero, segni inappropriati; di modo che, le loro idee restando giuste, il loro linguaggio è però incorretto o incoerente al punto da divenire talvolta inintelligibile (Pitres). Così delimitata la parafasia diviene una grande sindrome, che si deve dividere in tante varietà distinte, quante sono i modi differenti di trasmissione del pensiero. Di queste varietà, le principali sono la *parafemia*, la *paralessia* e la *paragrafia*, le quali corrispondono rispettivamente alla parafasia manifestantesi negli atti del parlare, del leggere ad alta voce e dello scrivere. Debbono esistere ancora delle *paramimie* e delle *paradactilofasie*, corrispondenti, gli uni a disordini espressivi della mimica, gli altri a disturbi del linguaggio gesticolato dei sordomuti. Debbono esistere ancora delle *parafasie numerali e musicali*, poichè le cifre e le note musicali, hanno la stessa importanza delle lettere e dei gesti, come simboli. I fatti, riferentisi a quest'ultima categoria sono rari.

Delle osservazioni di parafasie sono state date da van Goens, Gessner, Crichton, Bouillaud, Osborn, Moore, Alex. Hood, Lordat, Nasse, Trousseau, Fabret; si sono poi interessati dell'argomento Magnan, Sazie, Skowortzoff, Charpentier, Banks, James Ross, Charlton Bastian, Broadbent, Paul, Sèrieux, Dèjerine, Souques, Bianchi, Mirallié, Crocq fils, Kussmaul, Wernicke, Lichteim, Freud, Allen Starr. La parafasia, secondo il Wernicke, si riscontrerebbe in molte forme elementari di afasia, così nell'afasia corticale sensoriale, nell'afasia transcorticale, nell' afasia di conduzione; in quest' ultimo caso si spiegherebbe con la rottura delle comunicazioni tra i centri motori intatti ed i centri sensoriali inalterati. Questa maniera di vedere, accettata da Déjerine, Sérieux, Mirallié, ecc., è stata combattuta particolarmente dal Freud. Secondo il Lichteim la parafasia si mostrerebbe in due circostanze differenti: 1° allo stato isolato, allorchè vi ha interruzione tra i centri motorii ed acustici, in seguito ad una lesione distruttiva del lobulo dell'insola; 2° combinata ai sintomi dell'afasia sensoriale quando vi ha interruzione del fascio che va dal centro delle rappresentazioni acustiche ai centri dell'ideazione. Queste opinioni sono state combattute da Déjerine, Allen Starr. La questione ancor oggi non può dirsi decisa in modo assoluto.

La parafasia succede ordinariamente o ad un attacco apoplettico brutale, accompagnato da perdita completa della conoscenza o ad uno stordimento apoplettiforme leggero con semplice obnubilamento passeggero della coscienza. Talora segue immediatamente l'*ictus*, talora capita più tardivamente. I sintomi che più frequentemente accompagnano la parafasia sono l'emiplegia motrice, ordinariamente destra, persistente o transitoria, accompagnata nel primo caso da esagerazione dei riflessi tendinei e da contrattura, talvolta l'emiiperestesia sola o con qualche isolotto di anestesia (Pitres), talora il restringimento concentrico del campo visivo o l'emianopsia destra. Il più spesso essa si associa ai sintomi di cecità e sordità verbali.

Una volta stabilita, essa si rivela con disturbi della parola (parafemia), della lettura (paralessia) e della scrittura (paragrafia).

Il sintoma più saliente è l'incoerenza della parola o *parafemia*.

La parafemia nella conversazione corrente si traduce con l' emissione di parole disordinate. L'articolazione è normale, l'intonazione è giusta, la mimica adeguata al pensiero; le parole stesse, isolatamente, sono corrette, ma le frasi sono illogiche. Queste frasi abitual-

mente sono brevissime, interrotte improvvisamente da interiezioni. Il parafemico è per lo più verboso, parla con una loquacità sorprendente. Bastian e J. Ross han proposto di dividere la parafemia in tre gradi di gravità crescente. Il 1° sarebbe caratterizzato dalla sostituzione accidentale di una sillaba ad un' altra nel corso delle parole o di una parola ad un altra nel corso delle frasi; sarebbe questa un' esagerazione del *lapsus linguae* che si osserva spesso nella conversazione della gente sana. Il 2° è caratterizzato da alterazioni così frequenti delle parole, che le frasi cessano di essere intelligibili, quantunque ognuna delle parole sia corretta. Il 3° consiste nell' emissione di sillabe incoerenti formanti un gergo privo di ogni senso. Questa divisione è molto artificiale, perchè tra l'uno e l'altro vi ha una folla di transizioni insensibili, e poi perchè da un giorno all'altro l'intensità della parafemia muta. Nei parafemici si osserva talvolta la cosidetta *intossicazione con la parola* (Gairdner) o *embolofasia*, e che consiste in ciò, che l'ammalato ripete, suo malgrado ed invariabilmente, la stessa parola o la stessa serie di sillabe incoerenti.

La denominazione degli oggetti usuali è spesso molto più difettosa che non sembrerebbe indicare il grado di alterazione della parola spontanea. Un malato, per esempio, che parla ancora abbastanza bene perchè le sue risposte siano comprese dai suoi interlocutori, può essere incapace di pronunciare correttamente i nomi degli oggetti che gli sono più familiari. Per bene apprezzare il grado dei disturbi del linguaggio, bisogna dunque sempre aver cura di mostrare ai malati qualche oggetto che essi conoscevano e domandar loro il nome. Le loro risposte fanno rilevare dei disturbi che la conversazione corrente non faceva nemmeno sospettare. Il parafasico puro allora designa senza esitazione con un nome improprio l' oggetto che gli si presenta, mentre l' afasico amnesico riflette molto, e, se non trova il termine appropriato, tace. Ma il parafasico sente bene che è nell'errore; vuole allora correggersi, pronuncia, senza riflettere, una serie di altre parole incoerenti. Dopo parecchi tentativi può però arrivare a pronunciare il nome giusto (Pitres).

La ripetizione non è sempre così alterata allo stesso grado della parola spontanea o della denominazione degli oggetti. Talora resta integra, il più spesso è incorretta, impossibile. Gli autori non sono d'accordo sul grado di frequenza, nei parafasici, delle alterazioni della facoltà di ripetere. Il Wernicke pensa che questa sia sempre conservata; il Miralliè, invece, pensa che essa sia sempre compromessa allo stesso grado della parola spontanea. Le osservazioni recenti del Pitres non confermano nè l'una nè l'altra opinione.

La recita facilita l' emissione delle parole nei parafasici; per mettere ciò in evidenza si inviti l' ammalato a recitare ad alta voce una preghiera od una favola qualsiasi, od i giorni della settimana, od i numeri in serie. Ma non bisogna però interromperli, non bisogna cercar di modificare in nulla la serie delle parole successivamente evocate, in funzione l'una dall'altra, dalla memoria; poichè capita spesso che parafasici, capaci di pronunciare da 1 a 20, non possano pronunciare isolatamente ciascuna di queste cifre comprese tra 1 e 20. In ciò appunto la parafasia si differenzia dall'afasia motoria. In questa i malati non arrivano a pronunciare mai distintamente che un piccolo numero di monosillabi, sempre gli stessi; nessuno artifizio li mette in istato di articolarne degli altri.

Così pure nel canto i parafasici possono pronunciare delle parole che altrimenti non avrebbero potuto; gli afemici veri, come per la recita, sono incapaci di parlare anche con codesto mezzo.

La maggior parte dei parafasici quando leggono ad alta voce, pronunciano una serie di parole grottesche o di sillabe incoordinate che ricordano poco o nulla il testo che hanno sotto gli occhi. I malati leggono male tanto la scrittura impressa che la corsiva; essi sono incapaci di leggere tanto la propria scrittura che quella degli altri. Però certi malati possono pronunciare, leggendo, delle parole che sono incapaci di articolare spontaneamente o ripetendo. La lettura ad alta voce delle lettere isolate è talvolta impossibile, benchè quella delle parole intere sia conservata. È probabile che le parole che noi siamo abituati a vedere scritte formano un'imagine d'insieme, un tutto coerente che noi comprendiamo, prima di tradurlo in parole, senz' essere obbligati a decomporlo nei suoi elementi letterali. Ciò spiega perchè certi soggetti pronunziano talvolta, leggendo ad alta voce, delle parole differenti da quelle che sono nel testo, ma che hanno lo stesso significato. Certi altri malati riconoscono le lettere e le designano correttamente; ma quando cercano di riunirle per comporre delle parole, la loro pronuncia diviene difettosa. La lettura delle cifre è spesso meno difettosa di quella delle parole. La lettura mentale, che non ha alcun rapporto costante con la paralessia, può essere conservata, benchè la lettura ad alta voce sia profondamente pervertita, ed, inversamente, può essere abolita quando la lettura ad alta voce è conservata.

La parafasia si manifesta ancora nella scrittura. Si son voluti anco distinguere tre gradi di *paragrafia*: 1° semplici alterazioni delle sillabe e delle parole; 2° incorporazione frequente, nel corso delle frasi, di parole corrette ma inappropriate; 3° giusta posizione disordinata di lettere, sillabe, parole informi non aventi alcun significato in alcuna lingua. Per le stesse ragioni, accennate a proposito della parafasia, questa classificazione deve respingersi. La scrittura spontanea dei para-

fasici è quasi sempre difettosa; la maggior parte dei malati è incapace di esprimere un pensiero per iscritto; qualcuno butta sulla carta una lunga serie di parole difformi o di sillabe insignificanti. Le lettere però son bene scritte, senza tremore, le parole sono leggibili. Talvolta i paragrafici cercano di facilitare la scrittura pronunciando ad alta voce le lettere o parole che vogliono scrivere; ed allora le parole pronunciate sono corrette, mentre quelle scritte non lo sono. Altri invece si comportano differentemente. La scrittura sotto dettato è generalmente alterata, ora allo stesso grado della scrittura spontanea, ora ad un grado differente. Ordinariamente i malati scrivono delle parole differenti da quelle che loro si dettano. La scrittura sotto dettato può esser conservata anco nei malati di cui la scrittura spontanea è impossibile o profondamente difettosa. La scrittura sotto dettato delle cifre è abitualmente meno difettosa di quella delle parole. Il copiare è spesso possibile, anco quando la scrittura spontanea o sotto dettato sono profondamente alterate. La facoltà di copiare non è compromessa se non quando la parafasia è complicata da cecità verbale; quando la visione mentale è integra i malati copiano ordinariamente senza difficoltà. In riassunto, la paragrafia, nelle sue forme tipiche, è abitualmente costituita dalla perdita quasi completa della scrittura spontanea o della scrittura sotto dettato coincidenti con la conservazione della copiatura. La paragrafia si distingue dall' agrafia motrice, poichè questa corrisponde alla perdita della facoltà di scrivere, quella alla facoltà di esprimersi correttamente per iscritto.

La parafemia, la paralessia, la paragrafia sono abitualmente associate, ma non per questo legate da rapporti stretti; alcuni malati presentano al più alto grado i sintomi della parafemia e non hanno paragrafia; altri hanno questa senza la concomitanza di quella.

La parafasia non è un fenomeno morboso semplice, sempre identico a sè stesso, come dovrebbe avvenire se essa dipendesse dalla distruzione organica o funzionale d'un centro speciale, unico, fisiologicamente differenziato. Essa pare essere piuttosto il risultato, molto complesso e variabile dell'alterazione isolata o simultanea di molti dei meccanismi intracerebrali serventi alla funzione del linguaggio. Secondo che le lesioni causali colpiscono un maggiore o minor numero di questi meccanismi, i sintomi della parafasia si complicano, e secondo la loro distribuzione, formano degli aggruppamenti vari, che dànno ad ogni caso la sua fisonomia speciale.

La maggior parte dei parafasici ha uno stato mentale che non è punto normale. Essi in genere non hanno indebolimento intellettuale: comprendono bene (salvo nei casi in cui la parafasia è complicata da sordità verbale), e le loro risposte sono ragionevoli in fondo, se non nella forma. Il loro carattere è irrequieto, irascibile. Negli atti della vita si comportano come la gente ordinaria. Essi sanno di sbagliare tanto parlando, che leggendo o scrivendo, e spesso sono incapaci di correggersi.

La parafasia può essere transitoria o permanente. Nel 1° caso essa si mostra dopo l'attacco apoplettico od apoplettiforme, persiste per ore o per giorni e scompare. Nel 2° caso essa passa allo stato cronico. Quando persiste, i suoi sintomi variano da un giorno all'altro; una causa, che pare abbia un'influenza costante su queste variazioni, è la fatica. La parafasia cronica ha una durata indefinita, illimitata e non tende a guarire spontaneamente.

Tra le complicanze che possono svilupparsi nel corso della parafasia sono da segnalare quelle relative alle facoltà intellettuali. La parafasia non conduce all'alienazione mentale, ma persistendo a lungo, può produrre gravi disturbi psichici (confusione mentale, demenza progressiva, fenomeni d'eccitazione maniaca, accessi di depressione melanconica con idee di persecuzione ed impulsione al suicidio).

BIBLIOGRAFIA

A. De Fleury. Essai sur la pathogènie du langage articulè, Paris 1865. — Kussmaul. I disturbi della parola, Parigi 1884.—Pitres. *Revue de mèdicine*, n. 5-6-7, maggio, giugno, luglio 1899. —Bouillaud. Traitè de l'encephalite, Paris 1895. — Osborn. *Dubl. quarterly Journ. of. med. science*, 1833.—Moore. *Dubl. quart. Journ. of. med. science*, 1838.—Hood. Memoires of the phrenological Soc. of. London, 1834.—Lordat. *Journ. de la Soc. de Montpellier*, 1843, 1844. — Nasse. *Journ. de psych.*, 1842.—Trousseau. Clin. mèd. de l'hôtel-Dieu de Paris, t. II. — Fabret. *Arch. gènèr. de med.* 1864. — Magnan. Mem. Soc. de biol., 1878.—Sazie. *Thès. de doct.*,Paris, 1879.— Skowoctzoff. *Th. de doct.*, Paris 1881. — Charpentier. *Gaz. des hôpitaux*, 1891 — J. Ross. On. afasia, London 1887. — Déjerine. Soc. de biol, 1891, 1892.—Bianchi. *Berlin. klin. Wochens.*, 1894.—Wernicke. Gesammelte. Aufsatze und Kritishe Referate sur Pathologie des nervensystems, Berlin 1895. — Freud. Zur Auffassung der aphasien, Leipzig und Wien, 1891.— Allen Starr. Sensory-Aphasia, *Brain* t. XII;— Dufour. *Th. de doct.*, Nancy, 1881.—D'Heilly et Chantemesse *Progrés mèdical*, 1883.—Perret. *Lyon mèdical*, 1886. — Bernkeim. *Revue de mèdicine*, 1885.—Jougla. *Gaz. de hôpit.* 1872.

LAVORI ORIGINALI

Manicomio Provinciale di Bergamo diretto dal Dr. S. MARZOCCHI

DI UNA RARA FORMA DI MANIFESTAZIONI ISTERICHE

Dottor Angelo Mariani

(*Continuazione e fine*)

Questo è il quadro, che presentava l'ammalata la prima volta che avemmo occasione di esaminarla, quadro, che per le caratteristiche sue note somatiche e psichiche ci fece pen-

sare, che avessimo allo studio uno dei tanti svariati casi d'isterismo.

Per quanto l'anamnesi remota illumini poco o nulla, intorno alle predisposizioni ereditarie, la vita antecedente della paziente offre fatti d'importanza non indifferente, quali un' infezione tifosa, una vita di disagi nella più tenera età, con insufficiente alimentazione, una conformazione fisica gracile, circostanze che Sydenham, Landouzy, Charcot ed i suoi allievi sono concordi nel riconoscere come fattori determinanti lo sviluppo della costituzione isterica. L' esame obbiettivo poi mette in evidenza fenomeni, che devono essere interpretati per vere stimmate isteriche permanenti: anestesia delle mucose degli occhi e della retrobocca, mancanza dei riflessi addominale e faringeo, restringimento perimetrico del color bianco e maggior sensibilità retinica pel rosso, iperalgesia ovarica bilaterale, una zona d' anestesia cutanea nettamente circoscritta senza alcun rapporto topografico colla distribuzione anatomica dei nervi di quella regione, e nel campo psichico una spiccata suggestibilità con cangiamento notevole del carattere.

Non v'ha dubbio, che tutti questi dati parlano in favore della diatesi isterica, ma ammesso questo, il vomito e la manifesta paralisi del diaframma con relativa dispnea debbonsi qualificare come accidenti accessionali della nevrosi costituenti una crisi transitoria, oppure dobbiamo ritenerli in diretta dipendenza di reali lesioni organiche?

I trattatisti distinguono due qualità di vomito, una legata a malattie nervose centrali, siano esse dovute ad una vera lesione organica oppure funzionale, un'altra legata a gastropatie o a malattie di organi diversi compresi nelle branche nervose, che costituiscono l'arco riflesso del vomito stesso: fegato, intestino, utero, ovaie, reni, orecchio esterno, faringe e laringe. Sulla funzionalità di tutti questi organi l' anemnesi non ha richiamato la nostra attenzione e di più l' esame praticato ci ha dato risultato negativo, è quindi da escludersi che da questi organi sia partito e mantenuto in via riflessa uno stimolo sufficiente a determinare il vomito; lo stomaco, che, al dire dell'inferma, sarebbe stato sede d' una forma catarrale semplice, non ha presentato obbiettivamente sintomi tali per cui potessimo riferire quel vomito a turbata secrezione della sua mucosa o a lesioni delle sue pareti e per altra parte la modalità stessa dell'atto, la qualità delle sostanze rigettate, il modo d'insorgere e di cessare non hanno alcun tratto di analogia col vomito, che si verifica nelle comuni malattie del ventricolo. Parimenti facile riesce a togliere ogni dubbio circa a qualche lesione centrale per l'assenza assoluta di cefalea, di vertigini, di convulsioni epilettiformi, di perdita o diminuzione del potere motorio in qualche regione e di intossicazioni capaci di provocare un disordine circolatorio; ne viene quindi, che la più soddisfacente ipotesi per spiegare il vomito nel nostro caso sarà di pensare ad una modificazione prevalentemente dinamica dei centri nervosi stessi, come avviene nel *vomito giovanile del Boas*, nel *periodico del Leyden*, nel *neurastenico* e nell' *isterico*. Ora tenuto calcolo dell' individuo, che presenta numerose stimmate isteriche e dei caratteri del vomito stesso, che possono riassumersi in questi principali: istantaneità nell'inizio, costanza nel decorso, presenza di gastralgia, suo momento di presentarsi subito dopo i pasti, il nessun rapporto coll'atto della digestione e coi diversi generi di vivande, la qualità del materiale vomitato rappresentato da pure sostanze alimentari, la tolleranza dell'organismo per un tempo assai prolungato senza notevole associazione consecutiva, il modo di cessare dopo una cura d'isolamento crediamo di avere dati più che sufficienti per ritenerlo un accidente accessuale e transitorio d'una vera crisi isterica della quale fu per la prima volta presa la nostra inferma. Crediamo inoltre non fuori di luogo supporre, che il catarro gastrico, che figura nella storia clinica, non fosse altro che per la forma d'*anoressia primitiva di Lasègue* e che il preparato di ferro, medicamento di solito poco tollerabile, abbia esercitato la sua azione irritante sulla mucosa gastrica, sede d' una zona isterogena, provocando così per la via del vago lo sviluppo istantaneo della crisi isterica, la quale doveva manifestarsi con turbe dell'apparecchio digestivo, ove da tempo era intensamente rivolta l'attenzione dell'ammalata: in seguito il quadro morboso mantenne un' origine centrale per l' azione autonoma dell'elemento psichico sul centro del vomito.

Circa la paralisi del diaframma, è noto che può mostrarsi nel corso dell'atrofia muscolare progressiva, nell'intossicazione cronica satur-

nina, nell'isteria e accidentalmente in seguito a traumatismo o per compressione meccanica che tumori o ascessi esercitassero sul plesso cervicale. Senza voler affermare, che il criterio etiologico dovrebbe da solo bastare a sostenere la natura isterica di detta paralisi, la mancanza di traumi sofferti, di tumori o d'ascessi nella regione cervicale, che nel nostro caso dovrebbero essere per sopraggiunta bilaterali, poichè totale si presenta l'immobilità del diaframma, il fatto che la nostra paziente non si espose per lungo tempo all'assorbimento di piombo e non ebbe coliche intestinali, paralisi, stipsi ostinate, artralgie, cefalalgie ecc. proprie di tale intossicazione, l'assenza assoluta d'ogni sintoma dell' atrofia muscolare progressiva, che d'altra parte non dovrebbe nemmeno portarsi in discussione, poichè le paralisi dei muscoli addetti alla respirazione entra in iscena solo nell'ultimo periodo di questa malattia, provano all'evidenza che la paralisi diaframmatica della nostra inferma devesi riferire all'accesso isterico e a nessun altra cagione.

Di fronte a questo concetto diagnostico ci parve, che la miglior via da seguirsi fosse di ricorrere a mezzi terapeutici capaci d'esercitare la loro azione sui centri sensitivi e indirettamente su quelli ideativi non trascurando un'energica cura psichica; a tal uopo accaparrataci la piena fiducia dell' ammalata e assicuratala sull'azione efficacissima del trattamento elettrico, venne sottoposta ad una corrente galvanica di 10 MA per circa 10 minuti con catode alla nuca e largo anode allo epigastrio, e quindi coll' intento di modificare la sensibilità cutanea e provocare delle utili scosse muscolari venne anche usata la faradizzazione su tutta la zona anestesica.

Il giorno dopo, 2 agosto, la malata si ripresenta assai migliorata: Respir. 27, Pulsaz. 80 e si sottopose allo stesso trattamento curativo.

3 agosto. Dopo aver passata la giornata e la notte di ieri con disturbi di respiro poco notevoli, stamane senza causa apprezzabile fu colta improvvisamente dalla solida dispnea rumorosa, soffiante, mentre se ne stava seduta aspettando d'essere visitata. Respir. 60, Pulsaz. 82, Temperatura normale: soffre di dolore gravativo al capo, Si nota un movimento irregolare, aritmico, irresistibile alle mani: le dita di queste sono l'uno dopo l'altro flesse, estese, addotte rapidamente ed in modo disordinato e sotto la pelle si scorgono i moti vermicolari dei tendinei e dei muscoli. Interrogata su questo fenomeno risponde, che anche per l'addietro, quando la dispnea si accentuava, sentiva stiramenti alle mani con senso di formicolio e specialmente a destra, dove infatti si constata anche oggi più marcata l'atetosi. Dopo qualche minuto di applicazione elettrica diminuisce la difficoltà e frequenza del respiro. cessa il rossore del viso, l'ingrossamento dei vasi del collo, il dolor di capo e l'atetosi, la parola le viene più facile e può proseguire il discorso senza trovare ostacoli nella dispnea, che permane ma in grado più leggero.

4 agosto. Narra che qualche ora dopo la visita sentì calmarsi completamente il respiro e tale si mantenne fino ad oggi: avvertì discreto appetito, che da tempo non provava e mangiò abbondantemente senza essere poi turbata dal vomito, che temeva dovesse ripresentarsi. La notte però fu passata insonne per l'insorgenza di dolori spontanei alle regioni ovariche, dolori di cui anche presentemente si lagna. Respir. 24, Pulsaz. 81. Solito trattamento elettrico.

5 agosto. Non ebbe vomito. Il respiro si mantenne calmo durante il giorno e la notte. L'ovarialgia di molto diminuita non le ha impedito un lungo sonno. Appetito buono e digestione facile. Si notano ancora i movimenti atetosici alle dita delle mani ma in grado così mite, che l'ammalata stessa li avverte solamente dopo che viene richiamata su di essi la sua attenzione. Respiraz. 23, Pulsaz. 82.

6 agosto. Si ritiene completamente guarita tanto è il benessere che prova e domanda di sospendere la cura per poter riprendere il suo lavoro all'opificio; ove si sente spinta da ragioni economiche sopratutto e dalle insistenze dei parenti. Le viene prescritta una cura di fosfuro di zinco ed arseniato di soda da farsi a domicilio. Visitata accuratamente si riscontra immutata per sede e qualità l' anestesia al braccio, spalla e metà esterna della mammella sinistra sola stimmata isterica, sulla quale le ripetute pennellature faradiche non hanno esercitata nessuna azione benefica.

25 agosto. Mantenutasi in ottima salute per un paio di settimane, in seguito ad alterco colla cognata ricade improvvisamente nelle condizioni di prima: dispnea accentuata, insonnia, atetosi, dolore al capo e senso di trafittura, che partendo dall'ipogastrio si irradia su tutto l'addome per localizzarsi alle regioni ovariche. Pulsaz. 85, Respiraz. 75. Irritabilità, fisionomia cupa, umore pessimo, sono le note, che lasciano intravedere il suo carattere morale: intollerante di tutto a stento si adatta a sottoporsi alla solita corrente galvanica.

26 agosto. Meglio ricomposta in viso e di contegno più pacato narra d'aver passata la giornata meno peggio dei dì trascorsi. Permane ancora la dispnea, ma meno frequente: il dolore ovarico pure diminuito. Respiraz. 58. Pulsaz. 75.

Il giorno appresso e l'altro ancora ritorna più per farsi vedere ristabilita, che per bi-

sogno di cura. Si ripetono le prescrizioni di medicamenti interni ricostituenti.

In queste soddisfacenti condizioni di salute perdura più di cinque mesi: respirazione e digestione normale, umore allegro, attività al lavoro, finchè in febbraio ritorna accusando disturbi affatto diversi da quelli sofferti. Per essersi esposta ad una corrente d'aria fredda che la colse al lato sinistro del corpo, fu presa ad un tratto da forte nevralgia di tutta la parte anestesica. Il dolore ha carattere scottante, permanente ed uguale, quando l'arto trovasi in riposo, si esacerba ad ogni movimento e la palpazione riesce intollerabile. Il braccio e l'avambraccio, obbligati all'immobilità volontaria, tengono una posizione di abbandono, non sono però paralitici e mostrano fisiologiche la forma, il colorito ed il calore: anche qualunque genere di contrattura può escludersi a prima vista. I limiti della nevralgia coincidono perfettamente coll'area di anestesia.

L'esame obbiettivo permette di scoprire inalterata la sensibilità termica, ottusa la tattile ed esagerata la dolorifica.

Sono liberi i movimenti in ogni senso dell'articolazione radio-carpica e delle dita, quelli dell'avambraccio limitatissimi, poichè risvegliano vivi dolori al braccio ed all'articolazione della spalla.

Scacciata l'idea di ricorrere a linimenti esterni o ad apparecchi di qualunque genere potessero essere, convinti che per la natura della lesione sarebbero rimasti inefficaci o quanto peggio avrebbero portato maggiori danni, si ritorna alla cura psichica suggestiva coadiuvata dalla corrente elettrica, nella quale la paziente aveva sempre riposta una profonda fiducia: rassicurata l'inferma sull'esito e pregata di voler tollerare qualunque dolore le venisse provocato, viene applicata la faradizzazione su tutto l'arto e sulla metà sinistra del torace con correnti man mano aumentanti d'intensità in modo da risvegliare le più attive contrazioni dei singoli gruppi muscolari Dopo una seduta di circa 15 minuti sono permessi movimenti passivi di flessione, d'abduzione e rotazione del braccio senza che l'ammalata ne soffra gran che ed anche i moti attivi, dietro ripetute ingiunzioni vengono discretamente compiuti: il dolore, se non scomparso è diventato tollerabilissimo. Sorpresa l'ammalata ed incoraggiata da questo primo esito insperato, ritorna per altri 5 o 6 giorni finchè completamente rimessa riprende le sue occupazioni e con questo il solito gaio umore.

Da quel tempo non avemmo più occasione di vederla, ma fummo informati della sua ottima salute.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA MEDICA DI ZURIGO—Prof. H. Eichhorst

Nefrite acuta mortale per avvelenamento da acetosella.

L'uso dell'acetosella (*Rumex acetosa*) è generalmente ritenuto innocuo. Ma che in realtà non sia così, la prova un caso occorso nella clinica di Zurigo, in persona di un ragazzo di 12 anni, il quale poche ore dopo aver mangiato dell'acetosella ammalò con i segni di una nefrite acuta emorraggica e dopo 9 giorni morì con accesso di spasmi clonici generalizzati e perdita della coscienza. Questo infermo, quando fu condotto in clinica era perfettamente incosciente, non rispondeva allo scuotimento nè agli stimoli cutanei, nè alla chiamata ad alta voce. Il ragazzo giaceva con gli occhi chiusi, respirava profondamente e gemeva, spesso si osservava il tipo respiratorio di Cheyne-Stokes. Inoltre l'infermo presentava una certa irrequetezza, perchè si rivolgeva ora sul fianco destro, ora sul sinistro e la testa era volta ora da un lato ora dall'altro, e del resto era liberamente mobile. Il percuotere sul capo ed i movimenti passivi del medesimo non produceano manifestazioni di dolore. Di tempo in tempo si verificavano brevi accessi di contrazioni muscolari cloniche, che spesso si limitavano ai muscoli del braccio destro e della metà destra del collo e del volto, ma talvolta si generalizzavano a tutto il corpo.

Il volto era pallido; le palpebre alquanto edematose, le sclere di colorito normale. Le pupille erano di eguale ampiezza, molto dilatate, e reagivano assai lentamente alla luce. Nel fondo dell'occhio non si trovò nessuna alterazione. Labbra e lingua asciutte, quest' ultima con patina grigia. Sulla mucosa della faringe nessuna alterazione. Nessun odore speciale nell'aria espirata.

La temperatura del corpo era alquanto elevata (37, 9° C nell'ascella) Il polso era regolare, leggermente duro, non molto pieno, 92 pulsazioni al minuto. Nello sfigmogramma era fortemente spiccata la prima elevazione di elasticità, che quasi raggiungeva l'apice della curva, mentre l'elevazione di rimbalzo era appena accennata.

Nelle vie respiratorie non esisteva nulla di anormale. Al cuore l'urto della punta era forte nel 5° spazio intercostale sinistro fra la parasternale e la papillare, ed il tono diastolico era alquanto timpanico in tutti i focolai, specie sul focolaio aortico.

Organi addominali integri; nessuna sensazione dolorosa esercitando una pressione nella regione renale.

Urina di colorito sanguigno, rosso scura, con sedimento abbondante, torbida, quasi opaca, di reazione acida. Peso specifico 1027. Albumina 14 %₀ (metodo Esbach). Nel sedimento numerosi corpuscoli rossi, poche cellule bianche polinucleate a pochi epiteli renali in degenerazione grassa. I cilindri non erano molto abbondanti, erano per lo più granulosi.

Il giorno appresso persisteva lo stato di incoscienza era però cessata la respirazione di Cheyne-Stokes. Ebbe luogo un gran numero di brevi accessi convulsivi clonici, circoscritti come precedentemente. I globi oculari presentavano spesso movimenti da destra verso sinistra. Il riflesso corneale era perduto. La temperatura nel cavo ascellare era di 37, 7° C il mattino, 37, 4° C la sera. Il numero dei battiti del polso oscillava tra 92 ed 84.

Durante le ultime 12 ore l'infermo aveva emesso in tutto 300 cmc. di urina, che aveva gli stessi caratteri della precedente. Inoltre aveva avuto una evacuazione alvina di materiale duro.

La perdita della coscienza durò ancora fino al giorno seguente, in cui il respiro di Cheyne-Stokes ed i brevi accessi convulsivi si ripetevano parecchie volte, e colpivano a preferenza la gamba destra ed il braccio sinistro. La quantità dell'urina era salita a 700 cmc. nelle 24 ore. Il suo peso specifico era sceso a 1016; l'albumina era in minor copia e nel sedimento non c'era nulla di anormale.

Nell'ultimo giorno di malattia l'infermo divenne rapidamente e fortemente cianotico e non respirava più, mentre il cuore batteva ancora. Si eseguì subito la respirazione artificiale, si diede all'infermo un bagno caldo a 35° con abluzioni fredde, ma indarno. Poco dopo la comparsa di questi fenomeni si ebbe l'arresto del cuore.

All'autopsia si trovò quanto segue: Dura-madre aderente al cranio, la cui parete era sottile e ricca di diploe e leggera. Il seno longitudinale superiore conteneva molto sangue. La pia era asciutta. La superficie del cervello appiattita. Non c'era liquido alla base del cranio; quivi la pia era alquanto intorbidata. Le arterie della base normali. Nei ventricoli laterali nulla di patologico e così pure nel 3° ventricolo. Nulla nel cervelletto, eccetto una lieve anemia, che si riscontrava pure negli emisferi cerebrali, che erano di consistenza normale, al pari dei gangli della base.

Il colorito della pelle era pallida. Non c'era colorazione anormale nelle pareti addominali. Non c'erano edemi. Pannicolo adiposo scarso: muscoli bene sviluppati.

L'omento era ritratto in su, e facevano prominenza anse del tenue. Nel cavo peritoneale esisteva una piccola quantità di liquido torbido. Il fegato non oltrepassava l'arco costale. Il diaframma raggiungeva la 4ª costa in entrambi i lati.

I polmoni erano poco retratti. Nella pleura poco liquido giallastro limpido. Nel pericardio poco liquido giallo chiaro. Il miocardio presentava piccole ecchimosi. Nulla di importante negli apparecchi valvolari. Al taglio i polmoni si presentarono alquanto edematosi alle basi, e nei bronchi si trovò del muco. La milza non era ingrandita; la sua consistenza era dura; i follicoli grandi e poco evidenti. La capsula del rene sinistro si distaccava facilmente. L'organo era grosso la sua superficie liscia e leggermente iniettata, con piccole emorraggie. Alla superficie di taglio la sostanza midollare appariva iperemica e così pure la corticale. I glomeruli erano molto evidenti. La mucosa della pelvi normale. Il rene destro presentava le stesse alterazioni.

Nel resto degli organi nulla di speciale.

La diagnosi in questo caso non offriva alcuna difficoltà: era fuor di dubbio che si trattava di una nefrite acuta emorraggica ed uremia consecutiva. L'esame microscopico dei reni dimostrò alterazioni molto lievi, il che concordava con l'esame microscopico, il quale come si vide non fece rilevare che i segni di iperemia diffusa. Esistevano nei preparati istologici piccole emorragie in vicinanza della sostanza corticale; non c'era alcun segno di degenerazione grassa degli epiteli; qua e là si vedevano focolai di cellule rotonde, in vicinanza di glomeruli, focolai che si prolungano a forma di raggi tra i canalicoli vicini. Nelle anse vasali dei glomeruli si notava una discreta proliferazione endoteliale. Nell'epitelio della capsula nessuna alterazione.

Molto oscura in principio fu la causa della malattia, perchè il medico di famiglia, che per primo osservò l'infermo, riferiva che esso ammalò circa 7 giorni prima con forti dolori addominali e diarrea ed il giorno appresso ebbe lieve tumefazione del volto, dolorabilità alla pressione sulle regioni renali, molta albumina nell'urina (12 0/00) e temperatura normale. Malgrado le cure opportune nei giorni consecutivi la quantità dell'urina emessa nelle 24 ore andò rapidamente scemando, e 5 giorni dopo l'inizio della malattia comparvero i primi fenomeni uremici con diminuzione della forza visiva ed abbondanti emorragie, e ben presto si ebbe vomito e perdita della coscienza. Il giorno appresso si ripristinò in certo modo la coscienza per breve tempo, ma ciò nonostante l'infermo non era in grado di riconoscere alcun oggetto. Seguì un'altra volta perdita completa della coscienza e dei fenomeni convulsivi. Il medico assicurava che non era pregressa la scarlattina.

Come si vede malgrado le notizie minute l'os-

servazione esatta fatta dal medico curante, l'oscurità dell'etiologia non veniva per nulla rischiarata. Solo alcuni giorni dopo della morte e dell'autopsia la madre venne in clinica a dare i seguenti parcolari. I genitori e quattro fratelli e sorelle sono viventi e sani. Una sorella morì a due anni di nefrite. Il ragazzo di cui qui si tratta non aveva superato nessuna delle malattie croniche dell'infanzia, era stato sempre anemico e debole, ma del resto mai ammalato. Il giorno stesso in cui egli fu colpito da forti dolori addominali e diarrea, aveva mangiato grande quantità di acetosella. Di modo che questa deve esser riguardata come la causa della malattia.

Nei recenti manuali di avvelenamenti non si fa alcun cenno dell'acetosella. Solo Kobert nel suo manuale (Stuttgart 1893) cita un'osservazione di Suckling (*Lancet* 1886), la quale egli ritiene più che dubbia. Pare però che questi dubbi non siano giustificati. L'osservazione è la seguente.

Un ragazzo di 5 anni una sera mangiò una focaccia di prugne ed una grande quantità di gambi di fiori di acetosella. Il giorno appresso si sentì male e bevve dell'acqua saponata che serviva per il bucato. Subito dopo perdette i sensi, divenne freddo ed il polso si fece piccolo e frequente. Le pupille, secondo riferì il medico che lo visitò poche ore dopo, erano dapprima strette, poi ampie. Il padre aveva dato al ragazzo acqua salata per produrre il vomito, che però non era stato ottenuto. Il medico produsse il vomito titillando le fauci con una penna, e l'infermo emise una quantità di liquido mucoso inodoro ed incolore. Gli si fece bere subito aceto diluito, e dopo poco tempo si ebbe un'evacuazione alvina di abbondanti masse liquide verdastre, in cui furono osservati gambi di acetosella.

Il polso si manteneva debole ed irregolare, e perdurava lo stato di incoscienza. La morte avvenne dopo pochi giorni. Non si ebbero mai convulsioni, e sullo stato dell'urina nulla è detto nel resoconto. All'autopsia si trovarono ancora abbondanti masse di acetosella nell'intestino e nient'altro oltre ad iperemia di tutti gli organi interni. Suckling ammise in questo caso l'avvelenamento per acetosella, tanto più che anche un compagno dell'infermo fu ammalato per 2-3 giorni. Che l'avvelenamento sia causato dall'acido ossalico contenuto nell'acetosella impura, secondo il detto autore, perchè Mitscherlich ha trovato nell'acetosella fresca il 0,75 0|0 di acido. Dimodochè anche se il bambino avesse mangiato 30 gram. di pianta, avrebbe introdotto 0,20 gr. di acido ossalico, quantità non sufficiente a produrre la morte. Piuttosto l'azione tossica è dovuta ad altre sostanze finora ignote. Secondo Suckling anche Taylor nel 1847 osservò un caso di avvelenamento per acetosella, e nella *London medical Gazette* (vol. XI) sono descritte due gravi affezioni che si manifestarono in seguito all'ingestione di acetosella. Importante è poi, in mezzo a questa scarsezza di dati letterari, l'osservazione di un veterinario il quale osserva che l'acetosella può essere velenosa per i grossi animali, come il cavallo. Michels (*Annales*, 1870, riferito nel *Jahresber*. di Virchow Hirsch, 1870, p. 518) riferisce che un cavallo dopo l'uso di acetosella fu preso da coliche e convulsioni nei muscoli del volto, del tronco e delle estremità. Gli accessi convulsivi si manifestavano ogni 5-6 minuti. Le pupille erano ampie e le mucose pallide. Il cavallo morì in breve tempo. La sezione non potè esser fatta completamente. Sulla modificazione delle urine nessuna notizia.

La rarità intanto dell'avvelenamento per acetosella in paragone all'uso diffuso della pianta, fa sospettare che l'azione velenosa possa dipendere dal luogo dove essa cresce o dalla stagione. Però i botanici su queste circostanze sanno ben poco.

Ammesso che nel caso della clinica di Zurigo si trattò di avvelenamento per acetosella, l'azione venefica della pianta potrebbe essere mediata od immediata. È certo che il ragazzo ammalò prima con fenomeni gastro-enterici, e quindi si potrebbe pensare che forse nell'intestino e nello stomaco si fossero formate certe sostanze velenose, che eliminate per i reni fossero state causa della nefrite. Così questa sarebbe la conseguenza di un'intossicazione. Senza intanto potere escludere questa possibilità, sembra all'Eichhorst più probabile, tenendo presente la rapida evoluzione della malattia, che l'affezione renale sia stata l'effetto immediato della ingestione di acetosella e forse dell'acido ossalico in essa contenuto. Questa ipotesi avrebbe ricevuto un valido appoggio, se nell'urina si fossero trovati abbondanti cristalli di acido ossalico, la cui mancanza può del resto essere attribuita al fatto che il ragazzo venne in osservazione molto tempo dopo l'avvelenamento. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 28, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ LANCISIANA DEGLI OSPEDALI DI ROMA

Seduta del 1 luglio 1899.

Presidente G. Impaccianti.

F. La Torre. **La cura dell'amenorrea con l'elettricità endouterina.** — Comunica un altro caso di amenorrea in una signora già sottoposta a due profondi raschiamenti per residui di placenta nella cavità uterina, da lui curata con successo con la elettricità negativa endo-uterina, metodo Apostoli, analogamente ai soddisfacenti risultati già ottenuti da lui, dal Candia e dallo Schiavoni.

V. Giudiceandrea. **Sul cosidetto «fenomeno delle dita del piede» di Babinski.** — Da molte osserva-

zioni è indotto a venire alle seguenti conclusioni: 1. Il fenomeno di Babinski è certamente un fatto patologico. 2. Esso si riscontra assai spesso in casi in cui devesi ammettere una lesione del fascio piramidale. Talvolta è collegato ad un transitorio disordine funzionale del fascio istesso. 3. Può riscontrarsi in casi in cui non si può presumere alcuna lesione delle vie piramidali (isteria); laddove qualche caso, in cui tale lesione certamente esiste, può aversi il normale movimento di flessione. 4. Il fenomeno di Babinski può non avere alcun rapporto coll'esagerazione dei riflessi tendinei; e non ne ha alcuno colla trepidazione epilettoide del piede. Breve, non si può affermare che il fenomeno sia parte integrante della sindrome fenomenica delle lesioni del sistema piramidale.

G. Mingazzini è di accordo con le conclusioni di Giudiceandrea ed aggiunge che il movimento delle dita del piede, in seguito ad uno stimolo plantare, può ritenersi con Brissaud, come parte di un complesso di movimenti automatici (flessione del piede sulla gamba, della gamba sulla coscia, della coscia sul bacino) e non come un vero riflesso.

V. Giudiceandrea. **Un caso di adiposis dolorosa. (Malattia di Dercum).** — Riferisce la storia clinica di una donna di 43 anni, contadina. Egli crede che si possa facilmente riconoscere nell' inferma l' esistenza della cosidetta *adiposis dolorosa* o malattia di Dercum, di cui si conoscono finora 9 casi, descritti da autori americani. Quanto alla natura della malattia crede si possa annoverare tra quelle che hanno come fondamento patologico un alterato trofismo, e nella grande ed ancora tanto oscura famiglia delle trofoneurosi, l'avvicina al mixoedema ed all'acromegalia di Marie. Crede però non ancora ben dimostrato che l' *adiposis dolorosa* possa ascriversi ad alterazione della tiroide. Crede che i risultati di una bene applicata organoterapia possano dare qualche luce sulla natura dell'affezione. Nel suo caso sta usando la tiroidina, ma non può apprezzarne gli effetti.

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Seduta del 3 luglio 1899.

Staderini Carlo. **Dati anatomo-patologici sulla dacriocistite cronica in rapporto alle indicazioni per la cura radicale di essa.** — Accennato all' uso, da gran tempo invalso, del sondaggio del canale nasale, delle iniezioni in esso di sostanze medicamentose; rileva gli scarsi risultati raggiunti con questo sistema ormai convenzionale, col quale non si possono ottenere che miglioramenti transitorii e talora perfino peggioramenti e comunica gli studi anatomici da lui compiuti a questo proposito presentando i relativi preparati istologici. I numerosi preparati microscopici dimostrano che si ha per lo più una considerevole ipertrofia del connettivo sottomucoso con spiccata infiltrazione leucocitica, e quà e là numerosi accumuli di cellule bianche, aventi il caratteristico aspetto dei follicoli. L' epitelio della superficie interna si presenta pure considerevolmente alterato; le cellule sono, per la massima parte in preda a degenerazione grassa, ed i loro strati, in alcuni punti, notevolmente aumentati di numero, Per questi dati egli rileva che una terapia tendente a ricondurre in queste parti le condizioni primitive debba riuscire del tutto infruttuosa. Accenna i diversi metodi proposti finora, per la distruzione del sacco lagrimale, con la causticazione chimica o ignea ed i metodi di estirpazione, sia parziale che *in toto* del sacco stesso ed afferma che fra essi il migliore è quello di Kunht, al quale ha portato alcune utili modificazioni.

Il procedimento suo consiste nell'incidere in corrispondenza della cresta lacrimale anteriore del sacco, la quale viene tutta quanta messa allo scoperto. Afferrato il sacco con una pinza se ne distacca colla forbice la parete interna e la cupola, quindi si disseca col bistorì la parete interna. Riprendendo poscia le forbici, si distacca, il più possibile rasente all'osso, la parete inferiore fin sullo incavo, ov' è l' imbocco del canale nasale. Colla siringa di Anell si irrigano copiosamente i canalicoli lacrimali per disinfettarli. Cessata l'emorragia si applicano tre punti di sutura, e quindi la fasciatura compressiva adattata per modo che le superficie interne della ferita vengano a combaciare esattamente. Con questo modo su circa 60 operazioni egli ottenne in 3|4 dei casi la cicatrice completa e stabile per 1ª intenzione; negli altri casi vi furono recidive, ma un semplice raschiamento col cucchiaio tagliente apportò una rapida e stabile guarigione. Le modificazioni da lui portate al metodo di Kunht sono: la disinfezione dei canalini lagrimali, la escissione della parte inferiore del sacco, fatta in modo da rendere inutile il successivo raschiamento proposto dal Kunht, il non lasciare nella parte inferiore della ferita lo stoppino di garza come pratica il Kunht.

Palmieri A. e. Arnaud S. **Disturbi della sensibilità nella malattia di Parkinson.** — Comunicano i primi risultati di alcune ricerche sulla sensibilità nei parkinsoniani. Dimostrano che tra tutte le forme di sensibilità, la più costantemente e largamente compromessa è quella dolorifica. La ipalgesia che si riscontra in questi ammalati ha una impronta quasi caratteristica. L'esito di queste ricerche e di nuovi studi che da ogni parte si stanno compiendo sulla sintomatologia della *paralisis agitans*, suggeriscono loro alcune considerazioni sulla etiologia del morbo e sulla possibilità che in avvenire non lontano venga completamente illuminato questo capitolo ancora molto oscuro di patologia nervosa.

Parodi F. **Un caso di rene asimmetrico.** — Riferisce un caso da lui osservato di un uomo di 48 anni, morto per frattura della base del cranio. All'autopsia si trovò il rene destro in posizione normale e sano, avente mm. 159 di lunghezza, 85 di larghezza, 25 di spessore e perciò ingrossato. Mancante il rene sinistro, l'uretere e lo sbocco, mancante pure lo sbocco dell'uretere in vescica. Il testicolo destro normale; il sinistro normale, nella sua struttura istologica, presentava appena un rudimento di epididimo, corrispondente alla testa ed era provvisto dell'idatide sessile del Morgagni. Mancavano il deferente, la vescichetta spermatica ed il dotto eiaculatore. Il lobo prostatico corrispondente era circa la metà di quello di destra. Di alterazioni scheletriche si notavano 13 costole a sinistra ed il saldamento dell'atlante con l'osso occipitale. Egli spiega le anomalie dell'apparato genitale colla deficienza di sviluppo del corpo e del canale di Wolff sviluppatosi solo nella sua porzione cefalica, a dar luogo al rudimento epididimario; collo stesso fatto giustifica la mancanza del rene e dell'uretere, originante, come si sa, da un diverticolo del tratto più interiore del canale di Wolff.

Quando alla presenza dell'idatide sessile di Morgagni sul testicolo, e dell'otricolo prostatico normale dell'uretra, egli ritiene che il dotto di Müller deve aver fatto la sua ordinaria evoluzione. Ciò starebbe a confermare l'opinione di questi autori, i quali ritengono che il dotto di Müller, negli uccelli, nei rettili e nei mammiferi, si sviluppò indipendentemente dal dotto di Wolff. Nella letteratura riscontrata assicura di non aver rinvenuta altra osservazione di rudimento epididimario in caso di rene assimmetrico e che quindi non si può da un solo caso trarre una legge embriologica, per cui non potrebbe ammettere senz'altro l'ipotesi che il corpo stesso non desse origine ai condotti efferenti e che questi si sviluppassero piuttosto dallo epitelio germinale come i condotti seminiferi, la quale ipotesi pure è molto seducente.

CHIRURGIA CEREBRALE

LA RESEZIONE DEL GANGLIO DI GASSER

Il ganglio di Gasser è intracranico. Riposa sulla faccia anteriore della rocca, verso l'apice della stessa, quindi molto profondamente.

È racchiuso in uno sdoppiamento della dura madre (caverna di Moeckel) ed aderisce molto intimamente alle pareti della sua loggia. Nella sua parte antero-superiore, al livello dell'origine della branca oftalmica di Willis, il foglietto interno della dura madre non è altro che la parete del seno cavernoso che contiene nel suo spessore l'oculo-motore comune, il patetico, l'oculo-motore esterno. Si vede dunque quanto pericolosi sono a questo livello i rapporti del ganglio e quanta prudenza bisogna avere nella sua denudazione. I processi operativi destinati ad attaccarlo sono numerosi. Nell'operazione di Rose il cranio è trapanato dalla fossa pterigo-mascellare ed il nervo mascellare inferiore serve da punto di riscontro per condurre al foro ovale. Questo processo detto impropriamente pterigoideo, è abbandonato a causa dei pericoli di infezione dovuti alla ferita della tromba di Eustachio ed a causa dei pericoli di emorragia (meningea media). Hartley e Krause lasciano intatta la volta della fossa zigomatica. Essi trapanano largamente la fossa temporale (processo temporale), scollano la duramadre, sollevano il cervello e vanno a trovare i fori ovale e grande rotondo. In questo processo, il cervello è contusionato, i punti di riscontro sono difficili a riconoscersi, la ferita dell'arteria meningea media è frequente.

In Francia i processi più in uso sono quello di Doyen e Poirier e quello di Quénu e Sébileau. Entrambi questi processi però presentano degli inconvenienti e dei pericoli. A Iacob, (*Revue de Chirurgie*, 19° anno, n. 7, 10 luglio 1899) dopo una serie di ricerche sul cadavere, è sembrato che il ganglio di Gasser può venire attaccato prendendo per guida non soltanto il foro ovale, ma anche il foro grande rotondo, grazie a due punti facili di ritrovo all'occhio e al dito, cioè: il nervo mascellare superiore e la fascia esterna della base dell'apofisi pterigoide. La resezione d'una parte della parete esterna dell'orbita, necessaria per iscoprire il nervo mascellare superiore, dà maggior campo, permette di attaccare il ganglio più facilmente per una via più breve e permette all'operatore di lavorare con maggior comodo. L'operazione abbraccia più tempi: 1) scoperta del nervo mascellare superiore e suo proseguimento fino alla base del cranio; 2) trapanazione del cranio e ricerca del ganglio; 3) isolamento ed estirpazione.

L'incisione comincia un dito in avanti e al disopra del trago, si dirige in avanti per raggiungere l'apofisi orbitale esterna, descrivendo una curva a convessità superiore il cui apice raggiunge l'altezza del margine superiore dell'orecchio. Quest'incisione interessa la sola pelle; essa scende poi lungo il margine esterno dell'orbita fino all'angolo infero-esterno, tagliando profondamente fino all'osso. L'operatore abbandona allora il coltello per staccare col raschiatoio il periostio della parete orbitale esterna finchè si vede la fessura sfeno-mascellare. Un aiuto porta in dentro e protegge il globo oculare. Riconosciuta la fessura sfeno mascellare, l'operatore ripiglia il coltello. Dall'estremità inferiore dell'incisione precedente conduce un'altra incisione che taglia obliquamente la fascia esterna dell'osso molare nella direzione della fessura sfeno-mascellare, arrestandosi a livello del margine inferiore di quest'osso. Si tagliano profondamente

fino all'osso le parti molli. Si pratica la sezione del malare sia colla sega a catena, sia colle forbici, sempre nel piano delle fessure sfeno-mascellari onde evitare l' apertura del seno mascellare. Immediatamente in avanti della radice trasversa del zigoma esplorato attraverso la pelle si fa a fondo, fino all'osso, un'incisione verticale di 1,5 cm. circa, per potere sezionare l'arcata zigomatica con una piccola forbice. Il malare è ancora fissato per la sua apofisi orbitale che bisogna separare colle forbici dall'apofisi del frontale. Si avrà avuto cura precedentemente di tagliare il muscolo temporale per tutta l' estensione dell' incisione fatta nella pelle all'inizio dell'operazione, e di raschiare la fossa temporale. Si seziona in seguito con alcuni colpi di forbice la parete esterna dell' orbita a livello della sutura fronto malare. Afferrando allora il malare dalla sua estremità superiore, si lussa in basso e indietro.

Si completa il denudamento della fossa temporale in basso. Bisogna ora ricercare il nervo mascellare superiore e seguirlo fino al foro grande rotondo. Per scoprire il nervo, si fa inclinare in dentro il globo oculare sul pavimento dell' orbita; si vede allora il nervo sotto-orbitale nel suo canale osseo. Lo si segue d' avanti verso dietro; a livello della fessura sfeno-mascellare, il canale osseo si trasforma in una doccia fibrosa, ed il nervo divenuto accessibile è denudato e preso con un uncino.

Questo nervo, primo punto di ritrovo, condurrà l'operatore dapprima fino alla base del cranio, poscia sul ganglio di Gasser. Seguendo il nervo verso il centro, si è arrestati da ciò che resta della parete esterna dell' orbita. Il margine inferiore di questa parete costituisce infatti il labbro sfenoidale o esterno della fessura (o meglio dell' andito dove è collocato il nervo mascellare superiore. Sottile in avanti, con l' ispessione indietro e s'impianta sulla base dell' apofisi pterigoide e dando origine ad una sporgenza ossea (tubercolo dello sfenoide) sulla quale s'inserisce un fascetto del muscolo pterigoideo interno. Bisogna abbattere colla sgorbia questo margine inferiore, dopo di averlo denudato con un raschiatoio sottile. A misura che si va innanzi, si isola con una piccola sonda scanalata la faccia superiore del nervo del tessuto cellulo-adiposo della fossa pterigo-mascellare. Bisogna ricordare che la porzione del nervo collocata nella fessura sfeno-mascellare forma un angolo aperto indentro colla porzione orbitale. Giacchè la sgorbia agisce al disopra del nervo, non possono ledersi l'arteria mascellare superiore ed il plesso venoso situato al disotto del nervo. La sgorbia deve mordere all'infuori del nervo e non all' indentro, per evitare di ledere il punto osseo che separa il foro grande rotondo dalle fessure sfenoidali. Si vede subito il nervo che s'impegna nel foro grande rotondo. Bisogna allora passare alla trapanazione del cranio. Se ciò non si è fatto, si denuda facilmente la parte anteriore della volta pterigo-mascellare e la faccia esterna della base della pterigoide. In questo scollamento del periostio, son messe fuori pericolo l'arterie e le vene della fossa pterigoidea. Si vedono facilmente e nettamente la faccia esterna della base della pterigoide e i due margini che la limitano. È il 2° punto di ritrovo, che permette di trovare il foro grande rotondo situato contro il suo margine anteriore ed il foro ovale contro il suo margine posteriore. Questo riscontro è preferibile alla spina della sfenoide e facile a confondersi con altre sporgenze vicine.

Scoperta la faccia esterna dell'apofisi, si trapana il cranio sul prolungamento di questa faccia ad 1,5 cm. circa al disopra della cresta, linea di divisione della fossa pterigo-mascellare e della fossa temporale.

Si scolla la dura madre del basso o s'ingrandisce l'apertura cranica, dirigendosi verso il foro grande rotondo ed il nervo mascellare superiore riconosciuti di nuovo, avendo cura che la sezione ossea non si estenda sul lato interno del foro grande rotondo per evitare la fessura sfenoidale. Se il nervo mascellare superiore non esiste più, il limite interno della sezione ossea è indicato dal margine anteriore della faccia esterna della pterigoide prolungata facile a trovare e che indica esattamente il foro grande rotondo. Un aiuto solleva la dura madre scollata ed il cervello. Trasformato il foro grande rotondo in un'incavatura, bisogna dirigersi verso il foro ovale. Il punto di riscontro tangibile e visibile è il margine posteriore dell' ala esterna della pterigoide. Si tolgono dei trucioli della base spessa dell'apofisi pterigoide ed il foro ovale è subito aperto ed il nervo mascellare inferiore messo a nudo.

Bisogna attaccare il foro ovale dal suo margine anteriore per evitare l'arteria meningea media. Si vedono allora i due nervi emergere liberamente dalla faccia inferiore della dura madre e limitanti con molta esattezza la parte inferiore della breccia ossea.

Viene il 3° tempo dell' operazione, cioè l' isolamento e l'estirpazione del ganglio. Si sezionano i due nervi a fiore dei fori ovale e grande rotondo; si prendono con una pinza e si denudano precedentemente con una sottile sonda scannellata prima la faccia cerebrale, poi la faccia petrosa del ganglio. Facendo progressivamente trazione sulla pinza, si prosegue l'isolamento del ganglio quanto più lungi si può, in modo da giungere sul tronco del trigemino. Val meglio di non cercare di isolare troppo in alto e indentro verso il seno cavernoso. Si torce il ganglio denudato e preso di nuovo con la pinza, a livello del tronco del trigemino e si portano subito infuori il ganglio ed una parte del tronco del trigemino. L'operazione così è terminata.

FORMULARIO

Scrwartz. — Polvere per la medicatura delle ferite

Polvere di jodoformio
» » salolo
Sottonitrato di bismuto
Polvere di carbone
» » china
» » benzoino
} ana gr. 10

da cospargere sulla ferita.

Linimento contro i dolori artritici

Acido salicilico	g. 3
Balsamo del Fioravanti	» 200

Per frizione sui punti dolorosi.

Per l'intertrigine

Oleato di chinino	ctgr. 30
Lanolina	gr. 15
Olio di oliva	» 10

Si fanno frizioni due volte al giorno e poi si cosparge la parte con polvere di amido, oppure con la seguente:

Magnesia usta	gr. 5
Talco	» 20
Acido salicilico	» 2

Uso esterno.

NOTIZIE E VARIETA'

L'azione della pioggia sul numero dei batterî dell'acqua potabile

Crookes e Dewar hanno visto che la pioggia avrebbe una grande influenza sul numero dei batterii dell'acqua non filtrata del Tamigi. Questo accrescimento dovrebbe essere non solo attribuito alle pioggie che disciolgono la parte superficiale del suolo, ma sovratutto al trasporto dei batterii atmosferici con la pioggia. I batterii trovati erano tutti inoffensivi.

I microbi dei fiori

La scienza colla sua smania d'investigazioni, di analisi, avanza sempre alla ricerca delle cause che ci procurano il male e nel suo cammino sfata inesorabilmente tante leggende, analizza scrupolosamente ogni cosa, avvertendoci poi di diffidare di tutto, anche di ciò ch'è bello e pare assolutamente innocuo. Chi direbbe, a modo di esempio, che i fiori tanto belli e cari che portano col loro profumo e coi colori splendidi dei loro petali un'onda di godimento, che ornano tanto graziosamente i salotti delle signore ed i giardini superbi, nascondano nel loro seno germi, causa di contaminazione? Eppure è proprio così. Domingos Freire da ricerche stabilite sugli organi dei fiori è in grado ora di dimostrare che i fiori possono albergare microbi saprofiti e patogeni diventando così una sorgente di contaminazione. Egli ritiene inoltre che esistano certe relazioni tra il colorito dei fiori ed i pigmenti prodotti dai microbi che vi sono ricettati. La sfumatura rosata della rosa Rothschild è simile a quella delle culture su placca di *Leptotrix ochracea* prima di arrivare al rosso mattone. Anche l'*Hibiscus rosa sinensis* ricetta microbi, poichè la materia colorante delle sue antere è del medesimo tono giallo d'uovo delle colonie del *Micrococcus cruciformis*. Finalmente parecchie specie microbiche, chiamate dall'autore osmogene, riproducono odori analoghi a quelli delle essenze dei fiori nei quali vivono.

R. Collegio medico di Firenze

Posto di studio Cipriani

Nel prossimo mese di ottobre si procederà, previo esame di concorso da tenersi avanti a questo R. Collegio medico, al conferimento di un posto di studio fondato dal fu professore Pietro Cipriani per coloro che intendono recarsi presso una scuola o Università straniera o italiana a perfezionarsi nelle specialità di malattie cutanee e sifilitiche.

Per concorrere a detti posti è necessario: 1° Essere toscano; 2° Aver ottenuta la laurea in Medicina nel l'Istituto di studi superiori di Firenze da non più di tre anni. Chi vuol concorrere a questo posto deve iscriversi alla Cancelleria della sezione medico-chirurgica del R. Istituto di studii superiori. (Via Alfani, 35), da oggi fino al 13 settembre prossimo, esibendo la fede di nascita, il diploma di laurea, e dichiarando all'atto dell'iscrizione in quale scuola o Università italiana o straniera intende compiere gli studi di perfezionamento. L'esperimento a cui saranno chiamati i concorrenti consisterà nell'esame di un malato di dermosifilopatia scrivendone, nello spazio di tre ore, la relazione clinica. La Commissione esaminatrice sarà composta del presidente del Collegio medico, del clinico di Dermosifilopatia, dei clinici generali medico e chirurgico e di tre membri del Collegio medico. L'assegno annuo del posto di studio è di L. 2500 per chi si reca all'estero e di L. 1500 per chi rimane in Italia.

CONCORSI E CONDOTTE

Montereale. (Aquila). Concorso alla condotta medico-chirurgica della terza zona che comprende 1760 abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 31 luglio.

Pian di Castello. (Perugia). Condotta a cura piena. Stipendio L. 1600. Scadenza 30 luglio.

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA PSICO-FISIOLOGIA DELLE PARAFASIE

Tre teorie sono state proposte fino ad oggi per spiegare la genesi dei fenomeni parafasici. Secondo il Lordat la parafasia è il risultato d' un disturbo antecedente della memoria delle parole: essa è comandata e determinata dai fenomeni di paramnesia. Questa teoria è in rapporto con l'idee psicologiche di una volta: allora si credeva che la parola articolata forse l'esteriorizzazione della parola interiore. L'atto del parlare comprendeva l' evocazione mentale delle parole adeguate al pensiero da esprimere e l' enunciazione fonetica di queste parole. Se l' evocazione era difettosa, l'enunciazione doveva fatalmente essere scorretta. La condizione essenziale era quindi un disturbo dell' evocazione mnesica, un fenomeno di paramnesia. Se ciò fosse vero, però, la parola inappropriata dovrebbe essere espressa tal quale tanto per la parola che per la scrittura: or certi malati sono parafemici senz'essere in concomitanza paragrafici.

La teoria del Kussmaul ammette che la parafasia è dovuta ad un difetto di attenzione: i piccoli errori di lingua che si manifestano con i *lapsus linguae* nei discorsi della gente più sana, hanno la loro ragion di essere in una mancanza di attenzione. Questa medesima causa, che può elevarsi fino all' altezza di un vero svenimento psichico, determina ancora la parafasia. È vero che questi disturbi dell'attenzione complicano frequentemente la sintomatologia della parafasia, ma non paiono essere la condizione sufficiente e necessaria dei fenomeni parafasici. Ma si sa che la fissazione dell' attenzione in questi parafemici non attenua per nulla i disturbi del linguaggio, anzi avviene proprio il contrario; li esagera. Si sa d'altro canto che certi parafasici comprendono bene il senso delle frasi scritte poste sotto i loro occhi, pur essendo incapaci di leggerle correttamente ad alta voce. Bisognerebbe allora ammettere che l' attenzione di questi malati, sufficiente per far loro comprendere il significato delle parole scritte, è insufficiente per permetterne loro l' articolazione. Ora si sa che nella lettura ad alta voce, le perdite di attenzione del lettore si traducono piuttosto con l' assenza di penetrazione delle idee rappresentate dalle parole scritte che dagli errori di articolazione fonetica. Infine se la parafasia dipendesse da una semplice assenza dell'attenzione, i parafemici dovrebbero sempre poter ripetere le parole o le frasi pronunciate al loro orecchio. Or si sa che quasi tutti sono incapaci di far ciò, anco quando il loro caso non è complicato da afasia motoria o da disartria. Ma il difetto di attenzione gode un ufficio importante nelle manifestazioni della parafasia. Si sa che i parafasici parlano sovente scorrettamente, senza parere dubitare della scorrettezza del loro linguaggio. Per ispiegar ciò il Bernard fa intervenire una specie di auto-sordità verbale, grazie alla quale i malati di questo genere non intenderebbero la loro voce che come una successione di rumori, di cui non comprenderebbero più il significato. Ma ciò avviene perchè i malati, essendo unicamente preoccupati del loro pensiero, non curano di controllarne l'espressione ascoltandosi. Se si attrae difatti la loro attenzione sulla loro espressione fonetica, essi si rendono meglio conto della stranezza del loro linguaggio e lo modificano più o meno bene. È in questa misura che l'inattenzione interviene, costituendo un accessorio importante; essa non crea la parafasia ma ne complica ed aggrava le manifestazioni.

Secondo il Wernicke la parafasia è uno degli effetti della distruzione del centro uditivo verbale o della rottura delle sue comunicazioni con il centro motore fonetico. Si sa, secondo il Wernicke, che il centro uditivo verbale è l' organo essenziale, il regolatore necessario di tutto il meccanismo cerebrale per l' intermediario del quale si crea la facoltà di parlare. Per vestire dei simboli fonetici che debbono esprimerla, l' idea passerebbe sempre per questo centro uditivo verbale (1ª circonvoluzione temporale), essa vi sveglierebbe le imagini acustiche delle parole, e queste, alla loro volta, andrebbero secondariamente ad eccitare nei centri del Broca (3ª circonvoluzione frontale) le rappresentazioni motrici comandanti la messa in azione dei muscoli della fonazione. Il centro uditivo verbale non sarebbe solo l' organo incitatore della parola, ma lo sarebbe ancora per la scrittura. Partendo da questi elementi il Wernicke dice che la parafasia può comparire accessoriamente nell'afasia corticale sensoriale, cioè quando il centro uditivo verbale è distrutto, e nell'afasia transcorticale sensoriale, cioè quando i centri delle imagini sensoriali

sono private, per una lesione superficiale del cervello, delle loro comunicazioni intra-corticali; ma essa è sovratutto accentuata nell'afasia di conduzione, cioè nei casi in cui le vie di comunicazione tra il centro auditivo verbale ed il centro motore fonetico sono interrotte. Ci sarebbe in tal caso conservazione dell'intelligenza del linguaggio (integrità dei centri sensoriali), della possibilità di parlare (integrità dei centri motori), ed infine parafasia risultante dall'interruzione delle vie normali di comunicazione tra centri sensoriali e centri motori, donde incitazioni incoerenti imperfettamente adattate e, finalmente, emissione di parole inadeguate al pensiero. Ora se la parafasia dovesse essere un sintoma dell'afasia sensoriale corticale, dovrebbe esistere ogni qual volta il centro uditivo verbale è distrutto: non solo, ma i parafasici dovrebbero offrire dei sintomi di sordità verbale, ciò che non avviene. È molto più probabile, invece, che la parafasia e la sordità siano due sindromi distinte, dipendenti da lesioni differenti, e che quando coesistono le due regioni corticali debbono essere alterate o distrutte. Non vi ha nulla da dire dei rapporti tra parafasia e la pretesa afasia sensoriale transcorticale, specie puramente teorica, di cui l' esistenza reale deve ancora dimostrarsi. Nell'afasia di conduzione come le interruzioni delle comunicazioni tra i centri senso-motori possono dare origine alla parafasia? Non ci si può spiegare perchè anco le stesse incitazioni incoerenti, imperfettamente adattate, debbano ancora trasmettersi da un centro all'altro, se le vie di trasmissione che li rilegano sono impraticabili; la parola dovrebbe essere abolita (Freud), e se dovesse esser supplita non si comprende perchè dovrebbe prodursi la parafasia. Il Lichtein ha spiegato la parafasia con la separazione del centro uditivo verbale dai centri dell'ideazione. Ma se l'idea non si trasmette al centro uditivo, donde proviene l'incitazione generatrice della parola? E se essa si trasmette perchè succede la parafasia?

Ogni teoria, tendente a collegare la parafasia ad un disturbo primitivo e necessario del centro uditivo verbale, è insufficiente. Essa non tien conto della complessità e variabilità della sintomatologia dei disturbi dell'emissione del linguaggio. Se tutti questi sintomi derivassero da alterazioni organiche o funzionali di un solo e medesimo centro, dovrebbero sempre associarsi secondo regole fisse. D'altro canto il Pitres ha potuto vedere che la perdita delle imagini uditive e visive non è necessaria per la parafasia.

Ed allora come concepire le cose? La dottrina dell'origine esclusivamente acustica del linguaggio di Wernicke fu poi abbandonata anco da Charlton Bastian e Charcot che l'avevano abbracciata. Questi autori, invece di due centri corticali differenziati (centro uditivo verbale e centro motore fonetico) ne ammettono quattro, due motori (centro glosso-cinetico e centro cheiro-cinetico di Ch. Bastian, o centro motore fonetico e centro motore grafico dello Charcot) e due sensitivi (centro auditivo verbale e centro visivo verbale). Questi centri funzionanti sinergicamente, possono manifestare isolatamente la loro attività, supplirsi l'un l'altro. Ciascuno di essi può in certe circostanze, o in modo costante in certi individui, godere un ufficio, esclusivamente devoluto, secondo il Wernicke, al centro uditivo verbale, di agente eccitatore della parola e della scrittura. Le ricerche del Saint-Paul sul linguaggio interiore comprovano questi dati e stabiliscono che nella specie umana vi sono non solo degli uditivi, ma anco dei visivi, dei motori fonetici e dei motori grafici.

Partendo da questi dati la teoria che pare la più prossima alla realtà, può essere, secondo il Pitres, riassunta in questi termini. La parafasia è una sindrome complessa: vi sono fenomeni essenziali e fenomeni accessori. I primi, comprendenti i disturbi specifici della parola e della scrittura spontanee, sono cagionati da una disarmonia nel giuoco delle incitazioni ideo-motrici dirette (via ideo-fonetica per la parafemia, via ideo-grafica per la paragrafia). I secondi, sovente ma non sempre associati ai primi, debbono esser considerati come gli effetti dell'interruzione completa od incompleta delle vie di associazione sensorio-motrice che rilegano tra loro i diversi centri specializzati di recezione ed emissione del linguaggio; questi sono: i disturbi della ripetizione (via acustico-fonetica), della lettura ad alta voce (via ottico-fonetica), della scrittura sotto dettato (via acustico-grafica) e della scrittura copiata (via ottico-grafica). Di più, si costatano assai spesso dei fenomeni dovuti all' intervento di associazioni collaterali sovraggiunte: tali sono, per esempio, i curiosi disturbi della parola nella recitazione, nella numerazione e nel canto. Insomma per il Pitres la parafasia è sempre il risultato di un disturbo nel meccanismo delle associazioni che assicurano, allo stato normale, l'attività sinergica dei differenti centri cerebrali del linguaggio. Nelle sue forme pure, sono le associazioni psico-motrici dirette che sono sovratutto compromesse; nelle sue forme complesse, si costata inoltre un certo numero di fenomeni accessori dipendenti dalla perdita o dalla conservazione delle associazioni sensorio-motrici e delle associazioni mnemotecniche.

Nei parafasici il pensiero è intatto e l' articolazione possibile; non è dunque nei centri psichici dove si formano e si elaborano le idee, nè nei centri motori di articolazione, donde parte l'eccitazione armonizzata dei muscoli della fonazione, che deve prodursi il processo patologico elementare donde deriva la parafasia.

Si sa che normalmente il concetto di una cosa proveniente dalla reviviscenza di un'ima-

gine relativa a questa cosa, sveglia automaticamente l'imagine verbale corrispondente, ossia il concetto della parola. Questo richiamo del concetto della parola, secondo il Wernicke, avviene per l'intermediario del centro uditivo verbale; secondo Ch. Bastian, Charcot, ecc. può avvenire per l'intermediario dell'uno o dell'altro dei quattro centri differenziati delle imagini verbali; ed allora, secondo le disposizioni individuali, le circostanze, ora noi l'udiamo, ora lo leggiamo, ora lo pronunziamo, ora lo scriviamo mentalmente. Nella conversazione corrente noi siamo quasi tutti dei motori fonetici, in questo senso che noi non abbiamo bisogno d'intendere, di leggere o di scrivere mentalmente la nostra parola prima di pronunciare le parole esprimenti le nostre idee. Il pensiero sveglia direttamente nella maggior parte degli uomini le imagini motrici che lo debbono rivestire; cioè l'eccitazione donde proviene la parola passa direttamente dai neuroni in cui si forma il concetto delle cose ai neuroni dei centri motori d'articolazione. È in questo passaggio, in questa trasmissione psico-motrice diretta che si produce il disturbo che dà luogo alla parafemia. L'interruzione completa delle fibre congiungenti i neuroni, che servono alla psiche, a quelli che entrano nella composizione dei centri motori corticali, produrrebbe il mutismo, l'interruzione incompleta, la parafemia. I disturbi paragrafici della scrittura spontanea si spiegano nello stesso modo. La parafemia e la paragrafia spontanee sono abitualmente associate, perchè forse le vie che seguono le eccitazioni per andare dai centri psichici ai centri motori della parola e della scrittura hanno tra loro degli stretti rapporti di contiguità.

I disturbi della ripetizione, della lettura ad alta voce, della scrittura sotto dettato, del copiare hanno per carattere comune quello di riferirsi ad atti d'espressione fonetica o grafica, provocati da eccitazioni sensoriali immediate. Perchè questi atti possano compiersi è necessario dapprima che i centri sensoriali percepiscano le sensazioni iniziali; bisogna poi che queste sensazioni, trasmesse ai centri motori, ne provochino la funzione. Se le vie di trasmissione fossero interrotte, l'atto non si produrrebbe, anco quando i centri sensoriali e motori fossero intatti. Questi centri, si sa, comunicano gli uni con gli altri, ma su questo punto si hanno però conoscenze anatomiche incomplete: non si sa se le loro comunicazioni avvengano per vie distinte o per reti indifferenti. L'analisi dei fenomeni nei parafasici fa ammettere però che queste vie debbono esistere: la via acustico-fonetica comanderebbe la ripetizione; la via ottico-fonetica la lettura ad alta voce; la via acustico-grafica la scrittura sotto dettato; la via ottico-grafica il copiare.

Indipendentemente da queste comunicazioni esistono quelle formate dalle associazioni mnemotecniche, che determinano nella recitazione, numerazione e canto dei disturbi particolari. Certi malati incapaci di parlare in modo intelligibile, di leggere ad alta voce, di ripetere correttamente due parole di seguito, recitano senza errori, con articolazione esatta, delle preghiere, o delle lunghe serie di cifre, o cantano pronunciando bene tutte le parole. Perchè avviene ciò? Non si può dare per il momento alcuna risposta soddisfacente.

In conclusione, la parafasia ci appare come la sindrome rivelatrice della perdita di certe associazioni per le quali i centri sensoriali e motori del linguaggio sono uniti ai centri psichici e rilegati tra essi. Essa può esistere senza che nessuno di questi centri sia alterato o distrutto. Essa non fa parte delle afasie nucleari; si distingue nettamente, per la specificità dei suoi sintomi, dalla sordità verbale, dalla cecità verbale, dall'afemia e dall'agrafia; deve formare con l'afasia ammesica un gruppo distinto: il gruppo delle afasie d'associazione (Pitres). In queste afasie di associazione l'intelligenza è conservata; l'audizione e la visione verbali sono integre; la parola e la scrittura sono possibili. Le due varietà che le compongono sono: l'afasia amnesica e la parafasia. Ciò che le distingue clinicamente è che nella prima l'evocazione delle parole è difficile od impossibile, mentre nella seconda la loro emissione è corretta, inadeguata al pensiero; dal punto di vista patogenetico, l'afasia amnesica pare derivare da una interruzione incompleta delle comunicazioni tra i neuroni psichici e quelli sensoriali, mentre la parafasia risulta dall'interruzione delle vie che rilegano i neuroni psichici a quelli dei centri motori.

Le afasie potrebbero essere così divise in: 1° *afasie nucleari* (motrici: afemia; sensoriali: agrafia); 2° *afasie d'associazione* (psico-nucleari: afasia amnesica, parafemia e paragrafia nella parola e nella scrittura spontanee; inter-nucleari: perdita, senza sintomi concomitanti di lesioni nucleari, delle facoltà di ripetere, di leggere ad alta voce, di scrivere sotto dettato o di copiare).

BIBLIOGRAFIA

Pitres. *Revue de mèdecine*, n. 5-6-7, maggio, giugno, luglio 1899. — Kussmaul. Troubles de la parole, Paris 1895. — Bernard. L'aphasie et ses formes. *Th. de doct.*, Paris.—Freud. Zur auffarung der aphasien, 1891.—Saint-Paul. Essai sur le langage intèrieur, *Th. de doct.*, Lyon, 1892.

SUI SIERI TERAPEUTICI

A proposito di un Ordine del Giorno

Osservazioni del Prof. G. Banti

Si è molto parlato di questi giorni sopra un Ordine del Giorno riguardante i sieri terapeutici, discusso e votato dall'Accademia Medico-fisica Fiorentina nelle adunanze del

7, 14, 21 giugno 1899 (V. *La Settimana Medica* n. 24, 25, 26) e da alcuni si è creduto di doverlo interpetrare come una manifestazione particolarmente ostile al siero antipneumonico Pane, provocata da me. In questo senso sembra averlo inteso anche l'Autore dell'articolo: *La quistione dei sieri all'Accademia medico-fisica fiorentina*, pubblicato nel N. 161 della *Riforma Medica.*

Pronto a difendere, quando le credo giuste, le mie opinioni, non amo mi si attribuisca la paternità di azioni e giudizî contrari ai miei convincimenti. Perciò mi sono deciso a scrivere queste poche parole per ristabilire i fatti nella loro genuina esattezza.

Per la liberale cortesia dei Prof. De Renzi e Pane ho avuto a mia disposizione una buona quantità di siero antipneumonico con il quale ho curato un certo numero di pneumonitici nel servizio di ospedale da me diretto. Sui resultati della cura resi conto nell'adunanza del 7 giugno p. p. dell'Accademia Fiorentina. Quanto la mia esposizione fosse impersonale ed obiettiva potrà facilmente vedersi dal resoconto dell'adunanza, pubblicato nel N. 24 della *Settimana Medica.*

In seguito alla mia comunicazione, si accese una vivace discussione, che solo in modo incompleto venne riferita nel resoconto sommario dell'adunanza. Il dibattito non si aggirò nel campo ristretto della sieroterapia antipneumonica: al contrario, abbandonò il fatto speciale per assurgere all'esame di principii generali: non si occupò del siero Pane, ma del principio *se* e *come* fosse conveniente regolare con disposizioni legislative la fabbricazione ed il commercio dei sieri terapeutici.

Che una legislazione in proposito fosse necessaria venne accordato da tutti i colleghi dell'Accademia. Credo che pochissimi in Italia dissentano da ciò, riuscendo intollerabile che in un paese civile, il quale intende camminare in prima fila nella via del progresso, si permetta per es. lo smercio di un siero antidifterico, il quale possegga solo un terzo o la metà delle unità antitossiche promesse nel cartellino. La necessità di dare al Governo armi sicure contro queste illecite frodi è sentita così generalmente, che già da anni venne compilato un progetto di legge sulla fabbricazione e sullo smercio dei sieri, progetto che, dopo essere passato sotto l'esame del Consiglio Superiore di Sanità, venne approvato dal Senato e fu presentato alla Camera dei Deputati.

Il disaccordo nell'Accademia Medico-Fisica si manifestò invece assai forte riguardo alle norme che avrebbero dovuto informare questa legislazione.

Alcuni colleghi sostennero che fosse ufficio dello Stato non solo il verificare la genuinità e purezza dei sieri, ma anche l'accertare la efficacia terapeutica. Secondo essi, un siero doveva venire posto in commercio solo quando lo Stato ne *garentisse* la virtù curativa contro una malattia.

Io mi dichiarai nettamente contrario a siffatta opinione. Sostenni che il compito dello Stato doveva limitarsi a verificare la genuinità di un siero e ad accertarsi che esso possedesse le qualità sperimentali attribuitegli dal fabbricante, nel medesimo modo che è suo compito verificare se una sostanza messa in commercio sotto il nome di *solfato di chinino* sia veramente questo sale puro e senza sofisticazioni. Ma come lo Stato non si occupa di accertare se il solfato di chinino sia o no attivo contro la malaria, così nemmeno deve immischiarsi nell'indagare se un siero sia o no efficace contro una malattia. Altrimenti si instituirebbe una *medicina di stato* e si applicherebbero alla scienza i principii del *Sillabo.* Sostenni che quando sia dimostrato che un siero possiede le qualità sperimentali attribuitegli dall'inventore, possa liberamente venir posto in commercio, rilasciando alla generalità dei medici il compito di verificarne l'utilità nelle applicazioni alla patologia umana.

Dopo lungo dibattito, ebbi la ventura di vedere queste idee accolte dall'Accademia. Perciò non mi rifiutai di fare parte di una Commissione nominata per formulare un Ordine del giorno riguardante la questione dei sieri terapeutici.

Quale è il contenuto di questo, così male interpetrato, Ordine del giorno? (V, *La Settimana Medica*, N. 26, pag. 312).

I principii fondamentali che l'informano sono brevemente i seguenti:

1. S'invoca che al più presto la quistione dei sieri terapeutici venga regolata con norme legislative. Per non cadere nel vago, si chiede che sia sottoposto all'esame del Parlamento il progetto di legge approvato dal Senato nella seduta del 17 marzo u. s. Sembrò all'Accademia che questo progetto rispecchiasse fe-

delmente le idee da essa accolte, perchè vi si consacra il diritto nello Stato di vigilare sulla purezza e genuinità dei sieri, senza invadere il campo della loro efficacia terapeutica, compito questo di esclusiva spettanza dei medici.

2. Si lamenta che l'art. 2 del citato progetto nella forma approvata dal Senato concede che la vigilanza dello Stato non sia *obbligatoria* per tutti i sieri, ma sia *facoltativa* ed applicabile solo a quelli che verrebbero indicati dal Consiglio Superiore di Sanità. L'Accademia ha creduto che la vigilanza dello Stato debba per obbligo estendersi *a tutti i sieri posti in commercio*, perchè l'escluderne alcuni potrebbe sembrare atto di favoritismo.

3. Nell' Ordine del giorno approvato dalla Accademia, appunto perchè in esso si accolgono le idee informanti il progetto di legge già presentato ai poteri legislativi, si viene implicitamente ad accettare il principio che un siero, il quale possegga certe qualità sperimentali nel modo e nel grado indicati dal fabbricante, possa liberamente esser posto in commercio senza preoccupazione alcuna se esso sia o no efficace contro una o più malattie. Per conseguenza viene anche ammesso che spetti ai medici *sperimentare* e *giudicare* quale siero sia utile e quale no. Ma affinchè il tribunale medico funzioni e l'opinione pubblica sia illuminata secondo ragione e giustizia, è necessario che i medici nelle loro ricerche si lascino guidare esclusivamente dal sentimento del vero e dell' utile sociale; che per animosità od amicizia non vengano indotti ad *alterare* o a *tacere* quanto hanno osservato; che si persuadano essere un *obbligo morale di chi ha provato* dire pubblicamente *come ha provato* e *cosa ha osservato.* Convinta di questa verità, l'Accademia Medico-fisica ha fatto appello all'onestà ed alla scienza della classe medica, ricordandole che essa commetterebbe un'azione malvagia, sia dando un giudizio *passionato*, sia *sottraendosi* alle responsabilità del giudizio. Chi oserebbe negare che alcuni, i quali per la loro posizione avevano autorità di parlare, non abbiano invece taciuto per il timore che un loro giudizio, favorevole o sfavorevole, potesse venire interpetrato come un atto di compiacenza o di ostilità personale? L'Accademia Medico-fisica ha voluto bollare questi Pier Soderini della scienza, incitando tutti i competenti ad esprimere senza riguardi la loro opinione sulle virtù terapeutiche dei singoli sieri, affinchè dalla moltiplicità e dal cozzo dei giudizi si sprigioni la luce capace d'illuminare il pubblico medico e non medico.

Questi sono in riassunto i principii fondamentali che hanno guidato l'Accademia Medico-fisica fiorentina nei suoi deliberati sulla questione scottante dei sieri terapeutici. Cosa havvi in questi deliberati di personale contro il siero Pane? L'Accademia ha trattato da corpo scientifico una questione scientifica e sociale, senza avere di mira un siero piuttosto che un altro.

Quale è però la posizione del siero Pane di fronte all'Ordine del giorno votato dalla Accademia?

Innanzi tutto quale sia in proposito la mia opinione resulta chiaramente dalla discussione avvenuta in seno all'Accademia e pubblicata nella *Settimana Medica* (N. 24, pag. 287). Io dissi che il siero Pane aveva un' efficacia indiscutibile contro la setticemia diplococcica del coniglio, che aveva anzi un'efficacia così grande come da nessuno venne otttenuta: tale efficacia era stata in modo debito riconosciuta da una Commissione nominata dalla Accademia medico-chirurgica di Napoli e confermata anche nel *mio* laboratorio in Firenze (1). Il siero Pane aveva dunque superato le prove necessarie per giustificarne la applicazione nella patologia umana e per essere posto in commercio.

Chiunque giudichi spassionatamente dovrà convenire che di fronte all'Ordine del giorno dell' Accademia fiorentina il siero Pane si trova in regola perfetta. Esso presenta i requisiti richiesti dalla legislazione accettata e invocata nell'Ordine del giorno, perchè sulle sue proprietà sperimentali si è pronunciata favorevolmente una Commissione scientifica e perchè anche in seguito queste proprietà vennero sempre confermate. Non si può dunque elevare alcun dubbio che il prof. Pane *abbia il pieno diritto di porre in commercio il proprio siero.*

Come è dunque possibile che nell'Ordine del giorno dell' Accademia si celino intendimenti più o meno ostili al siero Pane? Come

(1) Cacioppo. Sul meccanismo dell' immunità passiva nell' infezione diplococcica (Lo Sperimentale, 1889, fasc. 3).

possono trovarvi posto le mordaci allusioni, palesi od occulte, contro questo siero?

Esiste forse qualcuno, il quale spinto da qualche movente personale, di cui non voglio indagare l'origine, ha tentato far credere che questo Ordine del giorno fosse un attacco mascherato contro il siero Pane? Amo ignorarlo, ma se questo qualcuno esiste, egli si è posto nella ridicola ed assurda posizione di sostenere che l'Ordine del giorno vuole biasimare un preparato, il quale ha soddisfatto alle condizioni, in quell'Ordine del giorno richieste!

Dimostrata così l'assurdità del supposto che nel suo Ordine del giorno l'Accademia abbia in qualunque modo alluso al siero Pane, cade anche l'altra supposizione per me offensiva che io abbia provocato da un corpo accademico una manifestazione officiale di biasimo contro un egregio collega, che con la sua intelligente operosità e perseveranza è riuscito a far progredire di tanto la sieroterapia antidiplococcica. È però doloroso il vedere con quanta facilità si giungano a supporre intendimenti e manovre bassamente abbiette in persone che per l'intera loro vita dovrebbero avere acquistato il diritto di essere tenuti per galantuomini! Ma via! perchè esperimentando il siero Pane nella polmonite non sono riuscito a convincermi della sua efficacia, avrei dovuto perciò infliggere, ad un valente collega un biasimo tanto più condannabile in quanto non espresso sotto la mia propria responsabilità? No, tra il professore Pane e me esiste una discrepanza scientifica, che noi dobbiamo discutere lealmente ed onestamente con le armi cortesi della scienza, senza che la minima nube di personalità sorga ad oscurarci la mente. Ignoro chi dei due avrà la palma finale, perchè mentre sono profondamente convinto dell'esattezza delle mie osservazioni, nondimeno, abituato alla vita di laboratorio, conosco assai bene quanta influenza possa avere il determinismo sperimentale sui risultati dell'esperienze.

Ma abbia ragione il prof. Pane od io, non perciò ha da cessare tra noi la stima reciproca che ci dobbiamo e farebbero opera malvagia coloro che tentassero in qualunque modo di suscitare tra noi dei dissidii personali.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE S. ANTOINE DI PARIGI

prof. E. Brissaud

Claudicazione intermittente dolorosa

Il caso clinico che sarà ora esposto è un'osservazione poco comune di claudicazione intermittente al punto che, tenuto presente il tipo classico descritto da Charcot, parrebbe che quel caso non dovesse essere posto in questa categoria, e piuttosto, per i sintomi che esso presenta, dovesse essere definitivo come un caso di nevralgia funzionale periodica.

Si tratta di un uomo di 60 anni russo, di sviluppo scheletrico molto notevole, costituzione molto robusta, e come si dice, corpulento. Nella sua eredità c'era la gotta. Egli soffriva da lungo tempo di emicrania e parecchie volte ha avuto dolori articolari, specie alle ginocchia. È stato mangiatore, bevitore e fumatore. Ha una lieve albuminuria riconosciuta in questi ultimi tempi, ma non di tal grado, da potersi parlare di una nefrite gottosa. Il cuore è sano sebbene un po' aumentato di volume. Ecco come si manifestarono i sintomi relativi alla malattia attuale.

Due anni addietro circa egli ebbe una sciatica a sinistra, molto lieve, che guarì dopo due mesi ed i medici gli dissero essersi trattato di un fenomeno passeggero di gotta abarticolare. Egli credeva di essere guarito della sciatica, quando nuovamente si presentò il dolore nella stessa coscia, però con caratteri differenti da quelli di prima. La sua distribuzione non era quella dello sciatico, ma del cutaneo-femorale; si trovava sulla faccia anteriore della coscia sinistra, in forma di una zona ovalare a grande asse longitudinale, ed era assolutamente superficiale, si può dire epidermica. Consisteva e consiste tuttora in una sensazione di bruciore a fior di pelle, estremamente penosa, insopportabile e che veniva esagerata dallo strofinio dei calzoni.

Si distingueva inoltre dal dolore della sciatica per la sua intermittenza: vale a dire che questo dolore si presentava solamente durante il cammino. Bastava che l'ammalato camminasse per 20-25 minuti, perché il dolore si facesse sentire; esso poi aumentava rapidamente d'intensità, in modo da obbligare l'infermo a sedersi. Allora il dolore si alleviava, ma ricompariva, se subito l'infermo faceva qualche tentativo di cammino. Questo diveniva possibile solo dopo 10 minuti di riposo. Allora per 20 minuti circa l'infermo poteva camminare, poi si presentava lo stesso dolore che l'obbligava a sedersi. Questi fenomeni durano immutati da 15 mesi.

Parecchi sintomi permettono di escludere in questo caso una semplice nevrosi. Nel momento della crisi la pelle nella sede del dolore si fa più pallida

e più dura. Questa però è un'affermazione dell'infermo. Quello che più importa è che esiste un'atrofia in massa di tutto l'arto inferiore sinistro. L'evoluzione di quest'atrofia è stata lenta, senza manifestazioni dolorose, spastiche o paralitiche. Pare anche che la forza muscolare dell'arto non sia diminuita, e l'ammalato non ha alcun segno di stanchezza dopo i 20 minuti di cammino. Non ci sono contrazioni fibrillari, il riflesso rotuleo sinistro è meno spiccato del destro.

Questa sindrome sembra molto chiara e così pure il suo meccanismo fisiologico. L'infermo è figlio di gottoso e gottoso esso stesso. Tutti i fenomeni che egli presenta dipendono da una lesione sistematica ben nota del sistema arterioso, dall'arterite gottosa, la quale realmente è una combinazione di endo-arterite e meso-arterite. La prima restringe il lume vasale, l'altra ne ispessisce la tunica muscolare, in quanto che le fibre lisce si ipertrofizzano per un processo analogo, come si ipertrofizza nella gotta la fibra muscolare cardiaca, donde l'energia della sistole.

Riguardo alla localizzazione dei sintomi, il restringimento del lume arterioso deve essere più spiccato nelle branche cutanee anteriori dell'arteria femorale.

Ma i fenomeni che l'ammalato presenta possono senz'altro essere identificati alla claudicazione intermittente? La successione delle crisi ad intervalli fissi, provocate esclusivamente dal cammino, la loro cessazione immediata col riposo, la durata costante del riposo perchè il dolore scompaia, la ricomparsa del medesimo dopo lo stesso lavoro muscolare, tutti questi fatti sono caratteristici della claudicazione intermittente.

Ciò per cui il caso presente differisce da tutti i casi finora noti è questo, che mentre tutti gli ammalati zoppicano più o meno, questo non zoppica affatto. Egli non ha spasmi nell'arto inferiore, non ha intormentimento della pianta dei piedi, nè formicolio, nè senso di freddo. Dimodochè in lui il cammino non è difficoltato a causa di un disordine circolatorio nella parte più periferica dell'arto inferiore, bensì a motivo del dolore superficiale provocato dal cammino dopo un certo tempo, dolore che, per un' anomalia imprevista, è limitato nel territorio dei nervi femoro-cutanei. La forma e la superficie della regione che è sede del dolore corrispondono a quelle della nevralgia parestesica di Roth. L'irrigazione arteriosa di questa parte è fatta da rami superficiali dell'arteria femorale, separatisi da questa nel triangolo di Scarpa. Bisogna supporre che questi rami nel caso presente sieno i più gravemente colpiti dall'arterite gottosa; ma probabilmente l'arteria femorale stessa ha dovuto subire un simile processo stantechè tutti i muscoli dell'arto inferiore corrispondente sono diminuiti di volume. Le autopsie hanno dimostrato che il restringimento del lume vasale si trova generalmente in un sito più elevato di quello supposto durante la vita. Poichè il cammino stimola l'attività circolatoria nei muscoli, le arterie più strette diventano più facilmente anemiche, e di qui può derivare la « debolezza irritabile » del territorio nervoso femoro-cutaneo.

Ma, come fa notare l'Erb, non tutti i casi di endoarterite obliterante dànno luogo alla sindrome della claudicazione intermittente. Si hanno invece delle ischemie, il cui risultato ultimo può essere la gangrena, senza che mai si sieno avuti disordini della deambulazione, stanchezza od ipoestesie dolorose. Bisogna dunque far intervenire nel meccanismo della claudicazione intermittente una lesione del sistema nervoso, l'angiospasmo.

Nell'ammalato con claudicazione intermittente per dir così femoro-cutanea, la disposizione all'angiospasmo era preparata da numerosi fattori: Eredità gottosa, la gotta in atto, l'intemperanza, il tabagismo, la tendenza alla neurastenia. Quest'ultimo fattore si riscontra in tutti i casi di claudicazione intermittente, sia che si tratti di neurastenia nella sua forma meglio definita, sia di un'altra neuropatia. Marinesco ha riferito l'osservazione di un malato in cui accessi di grande melanconia erano alternati a periodi di claudicazione intermittente. E ciò che è più interessante è che, essendo sparito lo stato di melanconia, la claudicazione intermittente si fece permanente e l'infermo soccombette alla gangrena. All'autopsia si trovò un'endoarterite della femorale e dei suoi rami. La claudicazione intermittente non era dunque dovuta solo all'angiospasmo e neppure soltanto all'endoarterite, perchè i periodi di claudicazione intermittente erano stati parecchie volte sostituiti da periodi di melanconia.

Questa osservazione è molto dimostrativa, ma ve ne sono altre in cui è evidente la stessa influenza spasmogena come negli individui gottosi nevrastenici. E' facile infatti osservare la concomitanza dello spasmo degli scrivani e della neurastenia; ciò anzi si può dire di tutti gli spasmi funzionali, e nell'angiospasmo della claudicazione intermittente noi troviamo tutti i caratteri di uno spasmo funzionale.

Oltre ai nevrastenici accertati, i semplici nervosi hanno la stessa predisposizione spasmodica.

Lo spasmo degli scrivani che nell'adulto si mostra così ribelle, può essere un episodio passaggero di nervosismo in individui giovani sovraffaticati, come per esempio in quelli che si preparano agli esami. Si tratterebbe per così dire di una claudicazione intermittente del cervello. Ce ne dà un esempio la speciale cefalea degli adolescenti. Tanti individui giovani nervosi non possono darsi ad un'occupazione mentale per un tempo superiore ai 10 minuti ad 1[4, a 1[2 ora, secondo i casi; un riposo di breve durata permette di riapplicarsi. I parenti spesso sospettano che si tratti di cattiva

voglia, di simulazione, specie per gl'intervalli determinati della crisi, che per noi ha invece un'importanza patognomonica. Questa localizzazione dello spasmo funzionale non ha nulla di diverso dalla localizzazione nel territorio dei nervi femoro-cutanei. Solamente nella cefalea intermittente degli adolescenti lo spasmo basta a determinare l'impotenza dolorosa del cervello. Il restringimento organico delle arterie è inutile e del resto non esiste.

Riassumendo la teoria dell' ischemia sostenuta dapprima da Charcot e poi adottata da Erb, si può applicare in tutti i casi in cui l' intermittenza dei sintomi esige l'ipotesi di una stenosi arteriosa intermittente. Ora lo spasmo vasale si verifica tanto più facilmente quanto più la tunica muscolare delle arterie è ipertrofica e le sue contrazioni sono più energiche e più vivaci.

L'importanza dell' angiospasmo è dunque capitale in certe forme di lesioni definitive, in cui l'anatomia patologica per se sola non può spiegare tutti i fatti. (*La Presse mèdicale*, n. 56, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI FERRARA

Presidenza Tambroni.

Seduta del 2 giugno 1899.

(nostro resoconto particolare)

A. Boari. **Il trattamento della estrofia vescicale con la cisto-colostomia.** — I metodi usati per la cura della estrofia della vescica non sono riusciti fin qui a trasformare la condizione misera dei malati in una più sopportabile, per la impossibilitá di raggiungere la continenza, che trova la sua base anatomica nella incapacità nostra a costruire sfinteri ove manchino (metodi di Thiersch, Trendelenburg, Passavant, Segon etc).

Anche col metodo di Rutkowski, recentemente proposto, quando l' estrofia e l' epispadia è stata corretta, è necessario applicare un apparecchio collettore dell'urina che la porti a sboccare in un punto lontano, perchè i tentativi di restaurare la funzione dell'apparato sfinterico hanno dato, per ora risultati insoddisfacienti.

Fu quindi pensiero logico utilizzarne uno giá esistente cioè quello dell'ano, trapiantando il lembo -vescicale, sull' ultima porzione dell' intestino. Il Boari tesse la storia di questo capitolo di chirurgia operativa, di data tutta recente. Da Mayal, che primo ebbe l'idea, ad oggi, l'autore raccoglie nel suo lavoro 21 osservazioni, delle quali alcune sono inedite, ed una personale, 6 spettano a chirurgi italiani (Resegotti, Trombetta, Crespi, Boari, Cappello, Pozza).

In questo lavoro sono riportate le storie cliniche, dalle quali si rilevano i dati tecnici più importanti ed i sintomi post-operatori.

Le conclusioni sono le seguenti:

Una sana mucosa dell'ultimo tratto dell'intestino si abitua sufficientemente al contatto dell' urina, quantunque non siano mancati in qualche caso fenomeni di rettite e di colite (Pozza, Trendelenburg).

Lo sfintere anale si è dimostrato sufficientemente capace di contenere l'urina, sebbene in taluna delle osservazioni sia detto che durante la notte il malato bagnava il letto, mentre di giorno la continenza era perfetta (casi di Krinsky, Mikulicz, Eiselberg, Pozza). La pielite da infezione ascendente è stato osservata solo in 2 casi e pare che anche in precedenza vi fossero sintomi di lesione renale. Non è a temere per la vitalità del lembo vescicale, soltanto in alcuni casi si ebbe filtrazione di urina che dopo i primi giorni disparve.

Alcuni operati di anastomosi uretero-rettale emettevano le feci e le urine ad intervalli separati. Crede quindi che il retto serva quale ricettacolo dell' urina, mentre la flessura sigmoide e le parti soprastanti assumano il medesimo ufficio rispetto alle feci, ed il retto si contragga indipendentemente dalla flessura sigmoidea. Boari confronta i risultati ottenuti coi metodi di impianto del capo centrale di un uretere sezionato, coi metodi di impianto del lembo vescicale. Con quest' ultimo i risultati sono migliori ma l' autore crede che ciò dipenda, non dalla conservazione o meno degli sfinteri, che si trovano all' orifizio di sbocco uretero-vescicale, ma piuttosto dall'essere la linea di cicatrice lontana dall' orifizio uretrale, in modo che non può su di essa esercitare azione costrittrice nociva.

Infine conclude dimostrando come la derivazione intestinale dell'urina sia provata da esperimenti di clinica e di laboratorio, e come i nuovi metodi siano riusciti a dimostrare possibile ciò che qualche anno fa si sperava di ottenere:

1. L' anastomosi uretero-enterica è compatibile con la vita.
2. L'infezione ascendente si può evitare.

A. Boari. **Operazione cesarea alla Porro, con taglio longitudinale del fondo.** — Riferisce la storia di una operazione cesarea, con esito felice per la madre e per il feto, in cui si attenne al taglio sul fondo, secondo Caruso-Müller, longitudinale.

A. Boari. **Ernia dell' uretere destro nel canale inguinale.** — L' ernia della vescica (cistocele) non è rara, avendola egli osservata tre volte sopra 230 operazioni di ernia da lui eseguite. Raccoglie più di cento osservazioni del genere, e dimostra le difficoltà reali della diagnosi, anche quando sia aperto il sacco.

In uno di questi casi ruppe la vescica e ne fece la sutura, con pieno risultato, nei due altri ha potuto evitarla. Più rara è l' ernia dell' uretere, di cui ha osservato un caso. Nel canale inguinale oltre il sacco peritoneale, a contenuto enterico, era porzione della vescica urinaria ed un tratto dell'ure-

tere destro, Nella letteratura non ha trovato che un caso simile, appartenente a Reichel, che recise l'uretere aderente al sacco erniario, e lo suturò alla pelle, il quale fatto diede luogo ad idronefrosi, che richiese la nefretoomia in secondo tempo.

Boari si avvide per tempo dell'anomalia e così potè rispettare l'uretere, che però fu isolato per 12 centimetri di lunghezza, senza osservare complicazioni. Le conclusioni del lavoro sono le seguenti: 1. Osservare con attenzione, in ogni caso di cistocele se nella vicinanza della vescica o del sacco, od a poca profondità, esista l'uretere, onde evitarlo, 2. Conferma l'opinione che l'uretere possieda una circolazione propria conformemente agli studii fatti dal Margarucci nello istituto chirurgico di Roma, in seguito ad un caso clinico operato dal Prof. Durante.

Dimostra come, dato che l' uretere venga leso operando nel canale inguinale, non sia oggi più lecito seguire la condotta di Reichel, che suturandolo alla pelle, non fece che attuare le idee del suo tempo (1892).

Oggi la uretero-cisto-neostomia s'impone, perchè ristabilisce il tipo anatomico e fisiologico, e quindi rappresenta l' innesto di scelta, superiore a tutti gli altri. Nel caso speciale di ernia dell'uretere e cistocele si trovano a breve distanza ed alla mano dell'operatore tanto la vescica che l'uretere, e l'impianto può essere eseguito per questa via totalmente estraperitoneale. *Cappelletti*

Movimento biologico universale

1. Sambuc si occupa **« della chirurgia intracranica del trigemino e del nuovo processo di Princeteau »**. Il metodo consiste nel fare: 1° Lembo osteoplastico che dà il massimo accesso sulla base del cranio. 2. Apertura sistematica del sacco durale; 3. Spostamento del cervello con un istrumento appropriato e favorito dalla posizione di estensione data alla testa. 4. Ricerca del ganglio di Gasser con dei punti di ritrovo precisi, di cui il migliore è il tubercolo retro-gasserino; 5. Modo d'isolamento del ganglio di Gasser, che, non si pratica d'avanti in dietro, ma da dietro in avanti, sezionando dapprima il tronco del trigemino alla sua entrata nel *cavum Mekelii*. Infine aggiunge alcune ricerche fatte da lui sul cane per la resezione del ganglio di Gasser. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

2. Molinié ha trattato chirurgicamente un individuo di 32 anni affetto da **« sinusite frontale doppia, sinusite mascellare doppia e suppurazione delle cellule etmoidali »**. Inoltre aveva le narici pieni di polipi aveva dolori atroci alla fronte, insomma, perdita dell' appetito. dimagramento. Dietro l'operazione (trapanazione dei seni, e asportazione dei polipi) guarì completamente. (*La Presse médicale*. n. 49-21 giugno 1899.

3. Cassanello fa delle **« osservazioni istologiche e cliniche sulle cisti dei mascellari »**. Conclude che una condotta s' impone al chirurgo ed è che non appena si sospetti e si avverta la presenza di una cisti paradentaria, la rimozione di essa deve essere eseguita prontamente ed in modo completo. (*La Clinica chirurgica*, n. 5, 31 maggio 1899).

4. Lucas-Championnière, a proposito delle **« ferite penetranti nel petto »**, seguite da grandi emorragie pleuro-pulmonari, dice che è sua ferma convinzione, quella di astenersi dall'operare nella maggior parte dei casi, e ricorrere piuttosto ad una medicatura semplice occlusiva ed alla immobilizzazione assoluta del corpo, del laringe e della bocca medesima. Le iniezioni di siero possono essere di gran vantaggio, specie se l'infermo ha perduto molto sangue, così anche le iniezioni di morfina, per far sì che il paziente stia, più che sia possibile, tranquillo. (*Journal de mèdecine et de chirurgie pratiques*, 25 giugno 1899).

5. Delorme si occupa del trattamento delle **« ferite d'arma da fuoco penetranti nel petto »**. Egli è della medesima opinione di Lucas-Championniere, cioè s' intervenga il meno che sia possibile, si ponga l'infermo soltanto in riposo assoluto, e si fasci la ferita, seguendo, s' intende, tutte le norme antisettiche. Al menomo accenno di dolore si somministri un po' di morfina. Le iniezioni di siero sono un potente mezzo di comb attere l'anemia traumatica a condizione di non farle nè troppo abbondanti, nè troppo rapidamente (*Gazette des hôpitaux*. n. 68, 14 giugno 1899).

6. Leopold, descrive un caso grave di **« occlusione intestinale »**. Trattavasi di una donna, la quale molti anni prima era stata operata di ovariectomia. Eravi pertanto da sospettare che qualche briglia avrebbe potuto produrre lo strozzamento dell' intestino. Difatti eseguita la laparotomia si trovò appunto questo, per cui si esportò la briglia fibrosa, e non vi fu bisogno di resecare l'intestino poichè trovavasi in discrete condizioni. L'esito fu la guarigione dell' inferma. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 28, 11 luglio 1899).

7. Bertelsmann, vuole spiegare come nasce il **« dolore nelle coliche da calcolosi biliare »**. Pertanto passa in rassegna le varie ipotesi emesse e ritiene probabile che il dolore dipenda da fatti di contrazione spastica della cistifellea, spasmo che è dovuto, come si comprende, alla irritazione provocata dai calcoli. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 26, 27 giugno 1899).

8. Bardeschu, tratta di **« nuovo metodo operativo per la cura delle ulcere varicose della gamba »**. Consiste nello stiramento del nervo previa resezione della vena safena magna. Il processo sarebbe dovuto al Trendelenburg, e il principio su cui è fondato è logico, dal momento

che oggi le ulcere varicose sono credute dipendenti da disturbi trofo-flebo-neurotici. Il B a r d e s c u in due casi ha ottenuto splendidi risultati, (*Centralblatt für Chirurgie*, n. 28, 15 luglio 1899.

9. BOURGEOIS E HARDOUIN, riferiscono, ognuno per conto loro, due casi di « **frattura della rotula** ». Nel caso descritto dal B o u r g e o i s, si tratta di un vetturale: il quale cadde e si fratturò una prima volta la rotula. Curato col massaggio giornaliero e col bendaggio ovattato movibile, dopo un mese fu licenziato; però essendo caduto di nuovo, il callo rotuleo era talmente resistente, che in luogo di fratturarsi l'osso si ruppe il tendine rotuleo. Di questa rottura guarì egualmente col massaggio. Nel caso descritto dall'H a r d o u i n invece, essendosi fratturata trasversalmente la rotula, l'autore ricorse alla sutura dell'osso con filo d'argento ed il risultato fu meraviglioso: poichè ritornò perfettamente al normale, potendo, eseguire qualunque movimento, delle lunghe marcie ed anche corse (*Journal de médecine et de Chirurgie pratique*, 25 giugno 1899).

10 SCHAUZ, a proposito « **delle operazioni per i piedi torti** », fa osservare che gli ortopedici spesso hanno occasione di vedere pazienti con piedi torti, i quali pur essendo stati operati da valenti chirurgi non hanno ottenuto l'effetto desiderato. Egli crede che in generale gli esiti non buoni si debbano alla tenotomia precoce del tendine di A c h i l l e, la quale fatta invece in secondo tempo, cioè dopo 4 o 6 settimane dacchè si è fatto il raddrizzamento, e l'arto è stato fasciato, in tal modo non vi è più pericolo che il calcagno venga risospinto indietro (*Centralblatt für Chirurgie*, n. 25, 26 giugno 1899),

TERAPIA FISICA

Herz. AZIONE TERAPICA DELLA GINNASTICA

La ginnastica medica consiste nell'esecuzione metodica, a beneficio dell'organismo, di movimenti coordinati. Questa definizione precisa il soggetto ed i limiti della ginnastica medica; essa include la ginnastica svedese e tedesca, esclude il massaggio. L'una e l'altro vanno compresi sotto il titolo generale di terapia meccanica. Sembra ad H e r z inopportuno per ragioni didattiche mettere accanto alla ginnastica medica il massaggio, solo perchè questo consiste nella esecuzione di movimenti passivi. Il concetto generale che dobbiamo avere della parola movimento nel campo della ginnastica curativa, è quello di un semplice spostamento muscolare, non di un'attività speciale dell'organismo vivente; ed il movimento in questo senso è caratterizzato dal fatto che esso ha l'apparenza di un movimento coordinato, vale a dire che il movimento è eseguito in maniera da sembrare l'effetto dell'attività naturale di nervi, muscoli, articolazioni sani.

È antica la distinzione dei movimenti in volontari e passivi. I primi richiedono la partecipazione dell'energia vitale dell'organismo, che si esprime con la contrazione muscolare volontaria; nei movimenti passivi gli arti mossi sono in completa balìa di una forza estranea.

Considerando in primo luogo i movimenti volontari, attivi, il processo è più complicato di quello che ordinariamente si crede. Oltre al processo più semplice che ha per effetto lo spostamento di due o più parti dello scheletro e che H e r z chiama « contrazione primaria » od « atto motorio », si esplica un altro processo che non si limita ai muscoli degli arti messi in movimento, ma si estende ad altre parti ed anche a tutto il corpo. Quest'altro processo è chiamato da H e r z « contrazione secondaria » « o fatto di fissazione ». Il carattere principale dei movimenti attivi sta in intimo rapporto con l'azione specifica. In essi sta in prima linea il movimento di resistenza, che rappresenta un atto muscolare primario, isodinamico eseguito contro una resistenza esterna oscillante e misurabile. Esso é un movimento attivo duplicato, se perviene a vincere la resistenza, è passivo duplicato, se cede alla medesima. Il movimento ginnastico che si esplica nel compiere un lavoro è certamente il più spiccato agli occhi del medico e del profano perché dà l'idea di un'attività spontanea normale dell'organismo. A questo grande gruppo appartengono quei movimenti sistematici che nel loro complesso vanno sotto la rubrica di « terapia della resistenza ». Il principio fondamentale di questa terapia è che la resistenza sia proporzionata alla forza muscolare e si modifichi col modificarsi di questa.

Ciò viene espresso da H e r z col termine di azione muscolare « isodinamica », contrariamente al movimento « isotonico » di F i c k, nel quale la resistenza resta assolutamente la stessa durante il movimento. Per dosare la resistenza a secondo delle oscillazioni della forza muscolare, H e r z si serve dei seguenti precetti fondamentali. Se non c'é un'indicazione speciale od una controindicazione per un determinato gruppo muscolare, si farà eseguire a tutti i gruppi un lavoro relativamente eguale, ossia corrispondente nella loro energia media; poi tutti i muscoli che lavorano l'uno dopo l'altro eseguiranno durante un movimento un'eguale frazione di quel lavoro che potrebbero del pari compiere durante il movimento, affaticandosi oltre misura. Questo massimo lavoro è stato da H e r z chiamato « energia specifica. » Il numero dei movimenti deve essere proporzionato poi alle condizioni individuali dei muscoli, in modo che i singoli lavori muscolari compiuti corrispondano alla potenzialità dei vari gruppi muscolari.

Il muscolo caricato di una determinata frazione di una forza di resistenza media, deve compiere un certo numero di contrazioni fino al suo com-

pleto esaurimento, ciò che Herz chiama « perduranza ». Il prodotto del lavoro fatto dal muscolo durante un movimento e della sua « perduranza » costituisce la sua « capacità ». Senza entrare in ulteriori particolari, Herz, insieme con Bum e Grümbaum, ha cercato di stabilire sperimentalmente i valori medii dei detti caratteri, ed ha costruito delle tabelle necessarie per le applicazioni pratiche.

Oltre ai movimenti di resistenza, fanno parte dei movimenti attivi quelli di auto-arresto. Questi consistono in azioni muscolari eseguite col controllo dell'attenzione con la velocità abituale od alquanto minore, senza resistenza o con piccola resistenza. Quando un movimento viene eseguito con minor velocità dell'ordinario e possibilmente in modo uniforme, l'attenzione dell'individuo che lo esegue rimane sempre desta, ed i muscoli antagonisti in attività; questi però possono essere esclusi se il movimento viene eseguito contro una debole resistenza esterna.

In questi movimenti di autoinibizione la corteccia del cervello è quella parte dell'organismo che entra in massima attività. E l'esperienza insegna che i movimenti di autoinibizione peggiorano tutti quegli stati patologici, come la neurastenia, le nevrosi cardiache ecc, nelle quali esiste un'anormale eccitazione od eccitabilità dei centri nervosi. L'opposto avviene nei vizi di cuore non compensati e nelle affezioni del miocardio, dove la ginnastica medica ha azione tonica.

Fanno parte anche dei movimenti attivi gli esercizii di coordinazione ed i movimenti di spinta. I primi si propongono il ripristinamento della coordinazione, cercando di utilizzare il residuo del senso muscolare e delle altre specie di sensibilità, come pure esercitando il senso della vista per regolare i movimenti muscolari. I movimenti di spinta si distinguono in semplici quando si tratta di movimenti perfettamente ritmici senza grande resistenza esterna, regolati da una massa oscillante, ed in quelli eseguiti contro una resistenza dosabile. I primi sono stati introdotti in pratica da Kruckenberg, a cui si debbono gli apparecchi a pendolo, modificati poi da Herz. Questi movimenti una volta iniziati, possono essere continuati a lungo senza grande fatica da parte dell'ammalato e senza grande attenzione; sono perciò in massima parte movimenti automatici. Essi hanno in prima linea un'azione calmante generale sul sistema nervoso e sul cuore.

Per l'esecuzione dei movimenti di spinta con resistenze graduabili, Herz si serve di un sistema di ruote fissate ad uno statico; la ruota posteriore è sostituita da un pesante bilanciere.

Infine l' azione dei movimenti passivi è meccanici e locale nello stesso senso; essi agiscono principalmente sulla circolazione periferica, e quelli poi fatti allo scopo di comprimere e dilatare ritmicamente la cavità addominale, oltre che essere un auto-massaggio, agiscono sopratutto favorendo il deflusso del sangue dai grossi tronchi venosi nel cuore. (*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*, Bd. III, H. 3. 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli *Annales de l' Institut Pasteur* diretti da M. E. Duclaux, Vol. 13, n. 6, 25 giugno 1899.

1. Besredka. **Dell'ufficio dei leucociti nell'immunizzazione contro l' acido arsenioso solubile.**—Si possono immunizzare i conigli verso la dose sicuramente mortale d'acido arsenioso solubile abituandovi i leucociti. Si giunge a ciò sia frazionando la dose mortale nel corso della giornata ovvero iniettando preventivamente una piccola dose di veleno e 24 ore dopo una dose mortale. Questi due processi possono combinarsi in un solo. Il siero degli animali immunizzati, sia col processo combinato, sia con quello delle dosi frazionate solo, possiede proprietà preventive ed insieme antitossiche contro una dose d' acido arsenioso che uccide in 48 ore. L' antiarsenina è, secondo tutte le probabilità, un composto non arsenicale. L'arsenico che accompagna l' antiarsenina non è dializzabile ed è di provenienza cellulare. L'ipotesi dell' azione neutralizzante dell' antiarsenina, totale o parziale, è in opposizione coi fatti. L'antiarsenina agisce sulla tossina per mezzo del sistema leucocitario; la soppressione di quest'ultimo paralizza l'azione dell'antiarsenina.

2. C. De Klecki. **Contributo alla patogenesi dell'appendicite.**—Dalle sue esperienze risulta che nel coniglio l'occlusione della cavità appendicolare non è indispensabile perchè il bacillo riesalti la sua virulenza e perchè scoppii un' appendicite. Il ristagno del contenuto appendicolare ha senza dubbio una certa azione nella patogenesi dell'appendicite; ma, eccettuato il contenuto gassoso, esso si produce negli stadii avanzati di ogni appendicite, con o senza occlusione del canale, per paralisi della parete appendicolare. L' occlusione del canale appendicolare non può quindi spiegare un ufficio predominante nella patogenesi d'ogni appendicite. Si desume inoltre da queste esperienze che può scoppiare un' appendicite suppurata con predominio del coli bacillo nel pus appendicolare senza esaltazione della virulenza di questo microbio, per semplice alterazione della nutrizione della parete appendicolare. Donde si rileva per la patogenesi dell'appendicite l' importanza della minore resistenza del mezzo interno. Queste ricerche non mettono capo ad una nuova teoria generale dell'appendicite. Al contrario, tenendo conto delle variazioni che subisce in condizioni patologiche la virulenza dei microbi intestinali e la resistenza della parete appendicolare, De Klecki pensa

che la patogenesi dell'appendicite è, secondo i casi, differente. Più si studiano le poli-infezioni non specifiche, più si giunge alla conchiusione che i processi morbosi da loro provocati sono dovuti a tutta una serie di agenti patogeni di differenti ordini, il cui complesso non permette di rinchiuderli nei quadri d'una teoria generale.

3. P. Tsilinsky. **Sulle mucedini termofile.**— Descrive due specie d'actinomicete da lui isolate, che vegetano tra 48° e 68°, ed un microbio che potè coltivarsi tra 42° e 60°.

4. H. Vallée. **Ricerche sulle proprietà neutralizzanti della bile in riguardo al virus rabbico.**—La bile dei conigli morti di rabbia non contiene antitossina rabbica. La bile del coniglio spiega in riguardo al virus rabbico l'ufficio di un antisettico molto attivo. In pochi minuti un'emulsione di bulbo virulento è neutralizzata da un volume uguale di bile. L'inoculazione di un miscuglio, a volume uguali, di virus rabbico e di bile di coniglio morto di rabbia o di bile di coniglio sano non uccide gli animali; non dà loro l'immunità.

5. E. Leclainche e Ch. Morel. **L'inoculazione intracerebrale del virus rabbico.**—L'inoculazione d'una diluizione di materia cerebrale in pieno cervello è perfettamente tollerata; si può così iniettare, senza provocare accidenti immediati o consecutivi, 1|2 di cmc. di un'emulsione molto densa nel coniglio e 1|2 cmc. nel cane. Gli autori hanno descritto altrove la tecnica semplicissima dell'operazione. Il solo accidente immediato constatato qualche volta è una crisi passeggiera e senza gravità di epilessia jacksoniana, L'inoculazioni intracerebrali in serie permettono di ridurre rapidamente il periodo d'incubazione; dopo di essere rimasta stazionaria durante tre passaggi, la virulenza sembra esaltarvi rapidamente; il periodo d'incubazione è condotto successivamente da 16 giorni a 13 1|2 giorni ed a 9; dopo alcune oscillazioni, sembra fissarsi a 7 giorni circa. Comparando i risultati dell'inoculazione intracerebrale con quelli della penetrazione dello stesso virus nella camera anteriore dell'occhio e sotto la dura madre, si vede che nel 1° caso la morte ha luogo più rapidamente. L'inoculazione intracerebrale del virus fisso non presenta differenze, riguardo alla rapidità d'azione, da quella praticata sotto la dura madre. Paragonando i risultati dell'inoculazione nel cervello e nell'occhio, si vede che la durata dell'incubazione é notevolmente diminuita del deposito diretto nei centri. L'evoluzione della rabbia resta identica sia che il virus venga deposto alla superficie del cervello o nella massa degli emisferi. Così, dal punto di vista sperimentale, il metodo dell'inoculazione intracerebrale permette di ottenere molto rapidamente l'esacerbazione della virulenza; dopo una diecina di passaggi, il periodo d'incubazione può venire ridotto a sette giorni soltanto. Il processo è d'altro canto raccomandabile in ragione della semplicità della tecnica, esso costituisce il metodo di scelta per l'inoculazione fatta a scopo diagnostico.

6. H. Poltevin. **Le vaccinazioni antirabbiche all'Istituto Pasteur nel 1898.**—Nell'anno 1898, 1465 persone subirono il trattamento antirabbico all'Istituto Pasteur: 4 morirono di rabbia, in uno di questi casi la morte sopravvenne 10 giorni dopo la fine del trattamento. Due persone furono affette di rabbia nel corso del trattamento; esse non sono computate nel numero dei curati.

7. M. Yvon. **Sull'amilasi.**—È una descrizione del modo operatorio da lui adottato per ottenere facilmente un prodotto attivo e di grande potere diastasico.

FORMULARIO

Per l'antisepsi delle narici

Mentolo	gr.	0,50
Cloridrato di cocaina	»	0,50
Acido borico	»	2
Vaselina	»	20

Mischia e fa pomata.
da applicare nelle narici.

Collutorio contro l'afta

Borato di soda	gr.	3
Salicilato di soda	»	5
Tintura di mirra	»	4
Sciroppo di more / Acqua distillata	ana »	15

Contro la stomatite aftosa

Borace	gr.	1
Acqua distillata	»	70
Mele rosato	»	10

Per collutorii.

NOTIZIE E VARIETÀ

La composizione chimica dell'embrione umano

Le analisi praticate da Michel su feti a varie epoche della gravidanza lo avrebbero indotto a constatare che la quantità dell'acqua diminuisce progressivamente dall'inizio alla fine della vita endouterina. Il rapporto fra sali solubili (cloruri e fosfati alcalini) e sali insolubili scema parallelamente: quanto alla fissazione dell'azoto, della calce, dell'acido fosforico, essa sarebbe specialmente attiva durante i due ultimi mesi della vita stessa.

PICCOLA POSTA

F. G. Genova. L'abbonamento alla *Terapia clinica*, per lei che è abbonato alla *Riforma*, é di L. 6. Appena le spedirà avrà tutti i numeri arretrati.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

I

Ancora per il geroderma genito-distrofico

Oggi che ferve lo studio delle adeno-distrofie, è aperto il campo alla discussione tanto per quel che riguarda l' interpretazione patogenetica e rispettivamente per quel che riguarda il criterio di classificazione. Va succedendo per esse ciò che è avvenuto per il campo più vasto delle malattie del sistema nervoso: si sono costruite dapprima le forme tipiche, cardinali, per scendere poi alle forme fruste, anomale, rudimentali, che la fanno da anelli di congiunzione nella catena delle malattie. Ciò avviene ancora per il *senilismo (Rummo)* o *geroderma genito-distrofico* (*Rummo e Ferrannini*) forma clinica di distrofia, che per ogni ragione ha il diritto ad avere un posto autonomo in patologia. Alla storia di essa si riannoda una recente disputa insorta a proposito della patogenesi tra i Dott. Tambroni e Lambranzi del Manicomio di Ferrara ed il Dott. Ciauri, allievo del Prof. Rummo.

Invitiamo ambo le parti a che la disputa, si arresti a tal punto in attesa della monografia del Prof. Rummo. *La Redazione*

II

Intorno ad una varietà di Mixedema Frusto

per i Dottori R. Tambroni e R. Lambranzi

La nota clinica da noi pubblicata nel fascicolo di maggio della *Rivista di Patologia nervosa e mentale* (1) mentre descriveva come tipico un soggetto *gerodermico* e quindi approvava la esistenza della sindrome studiata da Rummo e Ferrannini, veniva, discutendo il caso, a infirmare il concetto patogenetico esposto in addietro da cotesti autori per tale sindrome.

Però tosto s'ebbe a le nostre conclusioni una risposta e questa fu cortese e apparve nella *Riforma* pochi dì sono per opera del Dr. R. Ciauri. (2)

L'egregio collega, forse riflettendo le idee del maestro, si dice sinceramente lieto che noi abbiamo contribuito con l' opera nostra a la conoscenza di un complesso di sintomi che si rileva dal quadro nebuloso delle distrofie ghiandolari e s'integra in un tipo morfologico degno di nota, ma non s'accorda con noi nel riferire l'anomalia originaria a la ghiandola tiroide, piuttosto che, come egli pensa ed insiste, a le ghiandole genitali.

Non parendoci che gli argomenti addotti in appoggio del nostro giudizio diagnostico siano stati presi tutti e singolarmente in esame e misurati in tutta la loro validità da la revisione del Dr. Ciauri, riprendiamo la parola stimando che il soggetto valga la pena d' un novo commento.

Nel caso da noi presentato si trattava di un individuo che a l'esame obbiettivo presentava: faccia senile, testa piccola con fronte bassa e stretta, folta e ispida capigliatura grigia, orecchie ampie ad ansa, torace grasso, ventre cascante a bisaccia, cute priva di peli, distrofia genitale, tendenza al gigantismo, note degenerative.

La sindrome riproduceva completamente il quadro clinico dimostrato, sono ora due anni, da Rummo e Ferrannini; e l'infermo da tale descrizione usciva raffigurato in guisa così caratteristica, che ci sembrò assai facile vittoria toglierlo via di tra i tipi *infantili* a malgrado dell'altrui critica.

Ma di più v'era nel nostro infermo, che un'accuratissima esplorazione della regione sottojoidea ci aveva fatto rilevare una lesione della ghiandola tiroide, la quale « appariva estremamente ridotta a destra e piccola a sinistra ».

Questo fatto non era stato constatato nei malati di Rummo; ora, poichè nel caso nostro non poteva innanzi tutto sorgere il dubbio di dover distinguere fra malati di diversa forma, dovendo essere necessariamente una la origine morbosa di due sindromi morfologiche fra loro del tutto uguali. (3)

---

(1) Tambroni e Lambranzi. Una varietà di Mixedema frusto. *Rivista di Patologia nervosa e mentale.* Anno III. n. 5, 1899.

(2) Rosolino Ciauri. Ancora sul Geroderma genito-distrofico o senilismo (Rummo). *Riforma Medica.* Vol. III. n. 4, 1899.

(3) Il *profilo duro senile* molto attenuato che s'è creduto di poter rilevare dal ritratto aggiunto nella nostra nota, non può riferirsi che a la riproduzione fotografica imperfetta.

A noi parve il fenomeno di siffatto valore da imporci la linea dirigitrice nella discussione. Giacchè fin da principio pensammo che per quel segno si potesse giungere a rischiarare fin ch'era possibile il problema patogenetico, che non appariva scaturire troppo chiaro da le induzioni del Rummo, il quale aveva indicato la genito-distrofia come fenomeno primo e causale.

E, cercando, trovammo:

Che nella forma pura del mixedema (della cui origine è superfluo dire) la faccia gonfia, glabra, lunare di Gull, con la cute colore di cera gialla, che si ripiega in grinze là dove la gonfiezza manca o diminuisce, esprime come nel mixedema possa esistere in potenza la maschera gerodermica; che la faccia gerodermica esiste, e forse anche completa, in alcune delle forme mixedematose fruste di Thibierge;

che nella grande famiglia dei mixedematosi puri e frusti, che dal *pacha de Bicêtre* illustrato da Bourneville va fino a la famiglia quasi normale descritta da Brissaud, troviamo qua e là, ora in maggiore ora in minor guisa, isolate o raunate o confuse le note principali e secondarie della sindrome di Rummo: capigliatura, voce, anomalie ossee o muscolari, note degenerative, forma del petto e del ventre, mancanza di peli, distrofie genitali ecc. ecc.

che molti esperimenti su gli animali dimostrano come le lesioni tiroidee influiscano sul generale trofismo, generando i principali di cotesti sintomi.

E quando ci demmo a scorrere l'opera clinica e sperimentale che riguarda le anomalie o le lesioni degli organi della sessualità, potemmo notare:

che la soppressione o la degenerazione lenta o rapida dei testicoli non dà alcuna dei principali sintomi del geroderma. (1)

Però ne veniva di logica il quesito: se nella genesi della gerodermia avesse prima importanza genesica la funzione testicolare deviata o la tiroidea, e porre il quesito dopo tali premesse, era risolverlo.

La principale opposizione dell'Egregio Collega, il quale non discute uno per uno questi punti, ma ci coglie sul fianco, è presso a poco questa:

le lesioni extrauterine delle ghiandole genitali non sono da paragonare per la genesi e per gli effetti con le anomalie di sviluppo, con le modificazioni secretive che si avverano nella vita embrionale, e nei nostri infermi la lesione è embrionale.

Certo questa obbiezione non è vana, ma chi la riceve non ne resta così colpito come chi la volge. Quando nella embriologia lasciamo il campo anatomico e ci volgiamo a studiare la funzione, noi cadiamo nell'ignoto; e appunto nell'ignoto è lasciato spazio aperto al campeggiare delle ipotesi che, secondo la misura dell'osservatore, esprimono il frutto d'una sintesi più o meno felice. Ma poichè nella scienza l'ignoto si trae brano per brano dai fitti velami che lo avvolgono, valendosi di tutto ciò che ci è noto, e su la nozione del passato si erige quasi tutta la conquista dell'avvenire, così l'ipotesi che intuisce e sintetizza deve avere il suo fondamento sui fatti noti; in caso contrario è profezia. L'ipotesi deve scaturire da la dimostrazione, non da l'affermazione, altrimenti si cade nel dogma, e la scienza che procede per dogma non è più scienza, ma religione.

E, rifacendoci al nostro caso, quantunque tutte le teorie emesse da Kocher e Baumgarten, da Tiedman, da Berthelot ad Albertoni e Tizzoni, a Sanquirico e Canalis, a Fano e Zanda e ad altri più recenti ancora non ci spieghino completamente l'essenza della funzione tiroidea nel metabolismo organico, è certo che ormai lunga serie di segni ci dimostra a l'evidenza per l'opera clinica o sperimentale gli effetti di cotesta funzione; ed è basandosi su tali conoscenze che trova ragione di sè l'ipotesi, che pure una anomalia embrionale della tiroide (quale noi supponiamo) possa esplicarsi con analoghi segni.

Quando invece si osservi che fuor della vita uterina le alterazioni degli organi genitali non apportano nessuna, o solo in simiglianza sbiadita, di quei segni che si sono descritti per i nostri gerodermici, una ipotesi che riferisca tali fenomeni ad anomalia embrionale dei genitali non può essere che artificiale e costruita a viva forza.

Noi avemmo già a dire che « se si considera la distrofia genitale primitiva in rapporto a difetto di sviluppo embrionale, si potrà affermare talora ch'essa sia indice evidente di un arresto nella evoluzione di altri organi e che con essi influisca all'incompleto sviluppo dell'organismo intero, ma non è possibile ammettere che di per sè sola esplichi un'azione generale decisa e potente ».

In questa frase si esprimeva in breve ciò che dianzi s'è esposto, ma di più ora ci si rileva una risposta anticipata ad un'altra opposizione che sembra ci venga fatta: ossia che noi tendiamo a dare sola importanza a la lesione della ghiandola tiroide, trascurando il singolo o concomitante ufficio di altre ghiandole nella genesi delle distrofie organiche.

Tutti sappiamo che al complesso lavoro della vitalità ogni organo coopera con la sua funzione speciale e aggiunge il suo termine a la somma che esprime la funzionalità generale; e non sempre una ipertrofia vicaria compensa a uno strappo fatto a la legge di Mill-Edwards. Il cuore infermo non altera solo l'idraulica del circolo, nè il rene sclerotico solo il volume o la composizione urinaria.

(1) I casi di Gaillet, di Martin, di Lereboullet, di Olphan, di Lacassagne, di Charvon, di Coffin non fanno eccezione, come dice il Ciauri, ma secondo abbiamo detto noi e, meglio ancora, secondo ciò che ne dicono gli autori, essi rappresentano semplicemente dei casi di *ginecomastia*.

Noi pure crediamo che nella distrofia gerodermica la ghiandola tiroide anomala per volume o per funzione non debba sola essere lesa: basterebbe pensare a la rete simpatica che la congiunge agli organi genitali, a la origine comune mesoblastica dei due organi ghiandolari, per pensare subito a una fatale concomitanza o successione di lesioni e però al sovrapporsi nella economia generale di un altro fattore dannoso. Ma le ragioni omai ripetute, i fatti noti, più volte citati, debbono sempre condurci a ritenere secondaria per azione e forse anche pel tempo l'anomalia genitale.

Un ultimo argomento d'opposizione si compendia nella risultanza semejologica: nei malati di Rummo e Ferrannini nessun organo, nessuna ghiandola ha dimostrato tali alterazioni patologiche od anomalie da far concepire altro che una ipotesi genito-distrofica; una modificazione morfologica della tiroide non è stata tale da attrarre l'attenzione ......

Ma noi rispondiamo che se per la nosologia del geroderma ci si sofferma senz'altro dinnanzi a l'anomalia genitale e solo per la luminosa evidenza di questo carattere morfologico si costituisce la forma morbosa, tant'è ricadere nella confusione, che pure il Rummo deplora, e porre tosto in un mazzo, gerodermici, infantili di Brissaud, infantili di Lasègue e Lorain ecc; in tutti la distrofia genitale costituita massimamente da la riduzione di volume è il sintoma principale, che non isfugge a l'osservazione più fuggevole. È invece è dimostrato in modo esauriente che tanto gl'infantili di Brissaud come quelli di Lasègue e Lorain debbono ad altri e diversi fattori, che non a l'anomalia genitale, la loro miseria,

Se poi una modificazione morfologica degna di attenzione non fu osservata nella ghiandola tiroide dai malati studiati da Rummo e Ferrannini, contrariamente a ciò che noi abbiamo riscontrato nel nostro caso, non per questo perde del suo valore il nostro concetto patogenetico, perchè non in tutti gl'individui è facilmente palpabile la ghiandola e poi, senza voler entrare adesso nella nota quistione delle tiroidi e paratiroidi nell'uomo, nella specificità dei due diversi tessuti, resta sempre da opporre la modificata funzione senza modificazione di forma.

Per questo giudizio ne suffraga ancora la espressione sintomatica generale e particolare dei soggetti, intorno a la quale si è già ridetto e per la quale, almeno per ora, la localizzazione tiroidea della lesione originaria ci offre la ipotesi più razionale.

L'emiplegia completa dell'isterico ci fa pur localizzare nell'emisfero opposto del cervello la lesione patogenetica del sintoma, quantunque noi siamo certi che in quell'organo niun speciale disturbo si sarebbe dimostrato neppure dal microscopio; e ciò appunto perchè tale sintoma non può essere dato che da una lesione crociata, la quale nelle vie nervose sia al di sopra del nucleo del 7° paio. Così dinnanzi a l'infermo che presenta le note più caratteristiche della famiglia dei mixedematosi, noi poniamo la lesione primitiva o principale in quell'organo che ci si è dimostrato capace di generare quelle note; onde, fino a che non si dimostri che lesioni di altri organi siano atte a generarne di uguali, è d'uopo ritenere che il *geroderma genito-distrofico* debba a miglior ragione essere chiamato *geroderma tireodistrofico*.

La indagine delle origini offre sempre il più alto problema allo studio dell'uomo e nelle discipline mediche si dimostra pure in tutta la sua grandezza con l'offrire la massima utilità per il presidio terapeutico. Ecco uno dei non lievi motivi di questa risposta; poichè per il nostro studio s'impone la indicazione della cura razionale del gerodermici. Rummo stesso già accennò a la eventuale applicazione della opoterapia, noi indichiamo senz'altro la cura con gli estratti della tiroide. Il nostro infermo di 46 anni, con un femore rotto ha chiusa innanzi a sè ogni via di speranza, ma gl'infermi giovani di Rummo e Ferrannini potranno forse fruirne vantaggi e non da poco.

Potrà forse anche da cotesta cura uscirne un *criterio e juvantibus* che, senza avere l'importanza di quello che s'origina per altri rimedî, assuma valore nella quistione, tanto più che la cura tiroidea non offre una panacea universale (1) (come si crede da taluni e specie quando l'usano insieme ad altri mezzi terapeutici), pure dimostrando un'azione piuttosto generalizzata su l'organismo e di una efficacia molto più autentica, che non quella che ebbe a dimostrare quella del succo testicolare preconizzata da Mantegazza e trapiantata nel laboratorio di Brown-Séquard.

III

Sulla patogenesi del geroderma genito-distrofico o senilismo (Rummo)

Pel dott. Ciauri, interno della Clinica Medica di Palermo.

La forma clinica del *geroderma genito-distrofico o senilismo* entra nella fase, forse la più bella della sua esistenza, in quella, cioè, dello studio del meccanismo di sua produzione. Di ciò dobbiamo grazie ai distinti Dott. Tambroni e Lambranzi, poichè così per la prima che per la seconda loro nota ci porgono il destro d'insistere ancor di più su questa genito-distrofia, capace di dare una forma clinica, di determinismo costante: il *senilismo* del Rummo.

Ecco: i due egregi autori del Manicomio Provinciale di Ferrara dalla semplice costatazione delle alterazioni tiroidee nel loro caso,

(1) Già Mendel trovò che nell'*acromegalia* la cura con gli estratti di ghiandola pituitaria produceva assai migliori effetti della cura tiroidea.

dimenticando la distrofia genitale, la quale nel geroderma agli occhi salta illuminata. come suol dirsi, di luce meridiana, ritengono che le alterazioni tiroidee molto problematiche ed ipotetiche son tutte o quasi nella determinazione del senilismo, che vorrebbero perciò determinato come *geroderma tireo distrofico.*

Così il complesso sintomatico, del senilismo tanto ben caratterizzato dalla *facies angolosa senilis*, dalla pelle del color di cera gialla, glabra, *vizza e grinzosa*, dai capelli ispidi ed imbiancantisi assai presto, dalla voce alterata in modo speciale, da altre note secondarie ed accessorie e sovrattutto dalla *distrofia genitale* classica e costante che costituisce il sugello della forma clinica ed il tormento di questi anomali, in virtù delle alterazioni tiroidee (di cui non si può avere certezza) rinvenute da Tambroni e Lambranzi, non sappiamo per quale motivo, dev'esser ricondotto nel gruppo del mixedema, di cui non sarebbe se non una sindrome frusta.

Noi abbiamo studiato e misurato in tutta la loro validità gli argomenti addotti in appoggio del giudizio diagnostico apportato nella loro osservazione, ed è per questo che ci pare che le loro conclusioni non corrispondano alla verità delle cose. Certamente il caso descritto da Tambroni e Lambranzi, deve rientrare nel gruppo del senilismo descritto da Rummo e Ferrannini, costituendo una forma attenuata della anomalia. Ma quanto non differisce esso, per quel che riguarda la *facies,* dai casi classici, consegnati alla fotografia, editi ed inediti! Noi crediamo che per il momento possa bastare agli egregi dottori Tambroni e Lambranzi di stabilire un confronto tra la riproduzione della fotografia del loro individuo con quella pubblicata da Rummo e Ferrannini nella *Riforma Medica*, del 3 agosto del 1897. E sovratutto lo studio di queste sottigliezze morfologiche, quello che domina nel campo della diagnosi di queste adeno-distrofie, specialmente quando essa deve farsi nei casi che si allontanano dai tipi cardinali. Ora se per tutti i fenomeni considerati complessivamente l'individuo di Tambroni e Lambranzi è un senile, per la *facies,* lo è un po' poco.

Ma lasciando da parte queste sottigliezze che del resto pregiudicano poco nella questione presente il criterio classificativo, noi vogliamo esaminare su quali argomenti poggiano Tambroni e Lambranzi il loro concetto sulla patogenesi del senilismo.

A qualunque costo i sullodati autori vogliono trovare nella forma pura di mixedema, la maschera gerodermica, in potenza. Abbiamo visto qualche mixedematoso puro: mai ci è stato di vedere in potenza nulla che accennasse alla maschera gerodermica. Egli è che il mixedematoso ha una *facies,* tutta speciale ed il gerodermico una specialissima. In questo, nelle forme tipiche che abbiamo avuto occasione di riscontrare, non vi ha nulla che accenni nemmeno in potenza alla maschera mixedematosa, che è di luna piena, più pallida, del pallore nefritico, che del giallo di cera vecchia, della faccia angolosa magra, avvizzita del senile. Vi ha però un carattere, il quale non si è riscontrato, per quanto mi sappia, mai nel mixedema puro ed è che la pelle dei gerodermici tipici non è grinzosa, a grinze finissime, soltanto, come suol capitare in qualche caso di mixedema puro la dove l'infiltrazione mucoide è poco abbondante, in punti limitati, ma ovunque, in quasi tutta l'estensione della faccia e di altre parti del corpo.

Bisogna riflettere che per comprendere le somiglianze che esistono tra le forme mixedematose fruste del Thibierge e quelle tipiche, classiche di senilismo bisogna tener conto che in qualche caso descritto da questo autore si tratta addirittura di vero geroderma o di qualche concomitanza delle due distrofie (mixedema, geroderma). Non bisogna dimenticare che oggi il mixedema, contro ogni buon precetto di nosografismo, estendendosi tanto per ricondurre nel suo gruppo molte delle forme distrofiche, che deve per conseguenza crearsi un grande confusionismo.

Per le forme fruste di geroderma mixedematoso, che certamente esistono, la somiglianza è sino ad un certo limite possibile, e noi ne conosciamo dei tipi; ma questo affacciarsi, nel quadro del senilismo puro, di certi attributi mixedematosi, non toglie nulla all'esistenza della autonomia d'esso; ciò non serve a provare altro se non che le adeno-distrofie possono agire ora in maniera isolata ed ora in concomitanza l'una dall'altra, dandoci così la ragione delle forme fruste di geroderma. Accanto alle forme di geroderma mixedematoso ne esistono delle altre di geroderma acromegalico; ma nè con il mixedema, nè con l'acromegalia il geroderma si può confondere, per molteplici caratteri differenziali su cui è inutile quì insistere: se certe note accessorie (addome e mammelle pendule, in certi casi, tendenza al gigantismo, piedi a getto, ecc.) possono far ricordare il mixedema e l'acromegalia, ciò prova semplicemente la stretta parentela che esiste tra queste malattie distrofiche.

Reciprocamente, il riscontrare certe note, che formano lo appannaggio del senilismo, nella famiglia dei mixedematosi puri e frusti di Bourneville, Brissaud, Thibierge, non fa perdere, secondo noi, per nulla, il valore di forma autonoma, indipendente, alla anomalia descritta dal Rummo; e ciò per l'istessa ragione. Del resto se in concomitanza ai fenomeni predominanti di mixedema esistono dei fenomeni che accennano al senilismo, è confortevole per il concetto patogenetico di questa anomalia, la costatazione dell'esistenza di distrofie genitali, che certamente non debbono esserci per nulla.

In conclusione: dire che nella forma pura di mixedema possano esserci dei dati di somiglianza con il senilismo, significa voler in-

correre a viva forza in un grossolano errore di nosografismo; le forme fruste di geroderma mixedematoso e reciprocamente di mixedema a cui posson far capolino note senili, non spostano per nulla l'autonomia che spetta al geroderma genito-distrofico puro.

Innanzi ad un caso tipico di geroderma, come se ne vedono parecchi nella collezione del Prof. Rummo che sarà tra breve pubblicata, è addirittura illogico pensare al mixedema di cui non si vede alcuna traccia. E su queste forme tipiche che si stabilisce l' indipendenza del senilismo.

Ma Tambroni e Lambranzi vogliono sostenere la loro tesi della tireo-distrofia nel geroderma poggiandosi su due fatti, che secondo loro hanno un valore reale.

In primo luogo, e da tal fenomeno, reso a viva forza suggestivamente interessante, prese le mosse la concezione patogenetica del senilismo, sta la costatazione dell'atrofia tiroidea. Io non so come si possa parlare di diminuzione di volume, di atrofia della tiroide, e quali mezzi abbiano i distinti autori adoperato. Normalmente per quanto ci è stato concesso di constatare sui vivi e sui morti, una ghiandola tiroide non alterata si palpa assai indubbiamente, ed a questa legge non si sono sottratte tutte le tiroidi sane. Normalmente il volume della tiroide è variabile con le differenti età e con gli individui, ma giammai, se sana, è bene e sicuramente percettibile alla palpazione: nè solo all' ispezione, si direbbe, si indovina per certa curva dolce, che essa induce nelle linee del collo sia in senso longitudinale che trasverso. Ma sono delle sfumature che più debbono interessare l'artista; nè ritengo che una qualsiasi diminuzione o atrofia di essa possa riescir sensibile alla vista, poichè il tessuto adiposo colma qualsiasi vacuo che per avventura potesse verificarsi. Ora se normalmente questa esplorazione riesce assai problematica, almeno che non si voglia avere una forte dose di buona volontà, come è che, se essa è diminuita di volume o atrofica, senza che offra, per una ragione patologica qualsiasi aumento della sua consistenza, può percepirsi?

Ma sia anco per l'alterata secrezione interna. In una maniera o nell' altra Tambroni e Lambranzi vogliono fare intervenire la tiroide.

Difatti è vero che le esperienze su gli animali, provano che le alterazioni tiroidee influiscano spesso sul generale trofismo, ma esse generano delle distrofie di determinismo costante, mixedematose, però altro è mixedema ed altro è gerodermia. Da questi fatti d'indole sperimentale e spontanea, che capitano nella vita extra-uterina, Tambroni e Lambranzi vogliono risalire all'ignoto delle loro pretese lesioni congenite della tiroide.

Ma l'importanza della tiroide non deve venire esagerata. Il Kauffmann sostiene che il cane, animale che, con la scimmia, per l'asportazione della tiroide soffre la cachessia strumipriva, tolleri molto bene e spesso questa asportazione. D' altro canto il Tauber dice che la sua mancanza congenita è abbastanza frequente negli animali domestici. Anco questi sarebbero dei risultati che debbono tenersi in giusto conto. E certo che le lesioni sperimentali riproducono assai spesso il mixedema, ma esse generalmente si fanno in una epoca in cui lo sviluppo dell' animale, se non ha raggiunto il termine, nondimeno è fuori dell'embrionalità. Si è sicuri che queste lesioni sperimentali, portate, se fosse possibile, in questo campo, dovrebbero produrre le stesse distrofie della vita extra-uterina?

E ammessa una lesione tiroidea congenita, perchè essa, invece di dare il mixedema come lo dà sperimentalmente, deve dare il geroderma?

Quì Tambroni e Lambranzi sentono il bisogno di uscire dal campo limitato della distrofia tiroidea, per ricorrere all'idea dell'influenza distrofica che possono avere per loro conto i testicoli nella determinazione del senilismo.

Per loro quindi, come per noi, ma con termini mutati, si comincerebbe dalla tiroide e si finerebbe ai testicoli, che porterebbero il loro contributo gerodermico. Tale concezione patogenetica dovrebbe condurci a questo risultato: individui, lesi secondo questo ordine, dovrebbero essere più mixedematosi che gerodermici; si sarebbe quindi di fronte a una forma di mixedema frusto, gerodermico a cui lontanissimamente può corrispondere il caso non puro riferito da Tambroni e Lambranzi.

Ma nei casi, che corrispondono a quelli studiati dal Rummo, è giocoforza ammettere un' altra patogenesi: la genito-distrofia come fatto fondamentale; ma Tambroni e Lambranzi vi si ribellano poichè dicono che una simile ipotesi non abbia in fin dei conti alcun fondamento. Non si posseggono, dei dati sperimentali, che comprovino che le alterazioni, le ablazioni delle ghiandole genitali, siano capaci di alterare il trofismo generale dell' organismo. Si conosce l'influenza atrofica della castrazione negli animali e negli uomini, si conosce ancora l'influenza trofica che l' ovaio, organo similare per funzione al testicolo, esercita nella donna, dedotta dall' influenza distrofica che esercita, la menopausa e la castrazione: ed il Prof. Rummo conosce una famiglia in cui tutti uomini e donne sono gerodermici del tipo il più puro ed autentico.

E ciò, se non è sufficiente, è per lo meno una buona base per la patogenesi del semilismo. Non sappiamo come possa tenersi in non cale l'atrofia dei genitali, per ricorrere a casi in cui il mixedema o non appare affatto o non appare che in quantità miserrima, alla atrofia della tiroide, la quale non è semiologicamente costatabile, o ad un' altra ipotesi, la quale per suo conto avrebbe di bisogno di esser poggiata su di una base solida, una eventuale secrezione interna della tiroide.

Se non esistesse che questo dato solo, allo infuori dei risultati dati dall' esperimento e dalla patologia, noi crediamo che l'ipotesi genito-distrofica congenita del senilismo sarebbe sempre solidamente fondata.

Del resto, ci insistiamo ancora una volta, non è detto che la genito-distrofia debba esser la sola a godere l' influenza nella produzione del geroderma; contemporaneamente e secondariamente, ma sempre in minor misura e per effetto della genito-distrofia, altre adeno-distrofie, per gli alterati rapporti di trofogenismo, accennati nella nostra ultima nota, e dalla quale idea non rifuggono oggi Tambroni e Lambranzi, concorreranno a portar dei colori propri nel quadro del senilismo.

Accettando l'idea della genito-distrofia come fatto fondamentale non potranno esser posti in un mazzo gerodermici, infantili del Brissaud, Lasègue, Lorain, ecc.

Abbiamo nella recente nostra nota detto, riflettendo le idee del nostro Maestro, che cosa era da pensare di queste forme infantili di Brissaud, Lorain. Questi infantili sono genito-distrofici consecutivi; la storia dei veri infantili, ideali, primitivamente distrofici da opporsi ai gerodermici, dovrebbe esser rifatta.

Per quanto riguarda la patogenesi e l'opoterapia del geroderma, il giorno che Tambroni e Lambranzi otterranno nei casi tipici di geroderma — siano pure giovanili — i classici risultati che la tireo-terapia produce nel mixedema, saremo con loro nell'interpretazione patogenetica.

LAVORI ORIGINALI

Istituto Anatomo-patologico della R. Univ. di Catania diretto dal prof. A. PETRONE

NUOVO METODO PER VALUTARE L' ISOTONIA DEI CORPUSCOLI ROSSI DELL'UOMO E DI ALTRI MAMMIFERI IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE.

Dottor S. Drago, assistente

Sulla resistenza del sangue hanno studiato moltissimi fisiologi e patologi, sovratutto per ciò che riguarda i metodi di valutazione.

In effetti, larga copia di mezzi d' indagini è stata proposta per lo passato, e più tardi or l' uno or l' altro ha avuto applicazione in clinica per parte di non pochi osservatori.

Ecco in succinto quanto si è fatto in proposito.

Si era osservato che molti acidi, molti alcalini, l'etere, alcool, etc. opportunamente diluiti potessero servire a dare un criterio della resistenza del sangue agli agenti distruttori, calcolando quanto tempo di soggiorno in una determinata soluzione si richiedeva perchè siano distrutti i globuli di una quantità nota di sangue, oppure apprezzando il grado di distruzione in un determinato tempo.

Landois propose di diluire una data quantità di sangue con una soluzione NaCl al 3 % ed esaminando al microscopio questo sangue posto in una escavazione del portaoggetti, misurava la resistenza del sangue dalla quantità di acqua che avea dovuto aggiungere per ottenere la distruzione di tutti i globuli.

Prescindendo dalla difficoltà e dalla delicatezza dell'esecuzione, nonchè dalla necessità delle ripetute osservazioni, tale metodo non può mettersi in pratica, perchè, come alcuni osservarono, distruggendo tutti i globuli, non significa misurarne la resistenza.

Anche l'elettricità fu proposta per valutare la resistenza del sangue, in base al fatto che essa, attraversando una colonna di sangue, ne scolora la parte più alta fino ad un tono di colorito, oltre il quale, perdurando l' azione elettrica, non avviene più scoloramento, e la parte scolorata, mentre diventa trasparente, nella parte più bassa si fa un deposito color lacca.

Così il Laker calcolava la resistenza del sangue dal numero di scintille di una data lunghezza necessaria per ottenere questo effetto in colonne di sangue contenute in tubetti capillari di altezza e calibro noti.

Altri metodi basano sulla numerazione dei globuli in dati mestrui conservatori, e il primo che abbia fermato l'attenzione su questo mezzo d'indagini fu il Malassez. Egli dice che dal numero di globuli, i quali di una quantità fissa di sangue in un mestruo di composizione e quantità determinate, si mostrano conservati dopo certi intervalli prefissi di tempo, si ha ragione di conchiudere, per confronto con un sangue normale, sul grado di resistenza del sangue in esame. All'uopo occorre un contaglobuli ed una soluzione di solfato di soda in acqua distillata di densità 1010 al pesaurine (Urcelay), proposta dallo stesso Malassez. Numerando parecchie volte ad intervalli di sei ore, e notando le cifre trovate, si traccia una scala di decrescenza del numero delle emazie, dalla quale poi si deduce il grado di resistenza.

Chassel impiega un altro metodo, e prepara tre soluzioni, colle quali procede alla numerazione delle emazie, il rapporto delle cifre che ottiene, rappresenta il grado di resistenza.

A questi metodi altri ne seguirono, mercè

i quali la resistenza del sangue viene dedotta dalle modificazioni cromatiche e morfologiche dei globuli, cagionate da certi reagenti fisici e fisico chimici.

Mosso mescolando il sangue con una miscela di soluzioni al 0,3 % di NaCl e 1/5000 di violetto di metile, osservava il vario tempo occorrente perchè i globuli si alterassero, oppure in che proporzione nel medesimo tempo queste alterazioni si presentassero nelle emazie di varie specie di sangue.

Questo processo fu abbandonato dal Mosso medesimo, perchè non forniva risultati attendibili.

Maragliano studiò la resistenza dei globuli rossi, considerandoli non solo nel loro modo di comportarsi di fronte alle soluzioni saline, ma anche rispetto alle modificazioni cromatiche e morfologiche alle quali essi vanno soggetti pel fatto della semplice sottrazione dal circolo e collocamento sui vetrini per lo esame microscopico, per effetto dell' evaporazione, dell'azione del calore, del disseccamento, della compressione, di certi reagenti (cloruro di sodio, acido ossalico etc), e di materie coloranti (soluzioni sodo-metiliche).

Non faccio la sintesi di questi studi perchè non potrebbero in poche parole essere riferiti ma è da osservare, che trattandosi di un esame lungo, minuzioso, delicatissimo, non può che difficilmente fornire risultati soddisfacenti.

Con Hamburger comincia la ricerca della resistenza del sangue coll' osservazione della isotonia. Egli per vedere se l'uscita dell'emoglobina dai globuli rossi coincida coi fenomeni che riguardano la plasmolisi, studiata dal botanico De Vries, misurò per varie specie di sangue la varia resistenza che i globuli oppongono a cedere l' emoglobina, a mezzo di soluzioni titolate di vari sali, specialmente di cloruro di sodio, e chiamò *isotoniche* le soluzioni saline a grado tale da conservare intatte le emazie, *isotonia dei globuli* il valore di concentrazione di queste soluzioni, e *isotonia del siero* il valore di concentrazione del plasma. Così Hamburger fondò il suo noto metodo, col quale il grado isotonico del sangue viene rappresentato da quella soluzione di NaCl più leggiera, nella quale il liquido soprastante al deposito di globuli fattosi nel fondo della provetta, non è più tinto dall'emoglobina.

Fu sulla base di questo metodo che altri ne scaturirono, Mosso comunicò all' Accademia dei Lincei un altro metodo per la ricerca della resistenza del sangue: esso è una modificazione di quello proposto da Hamburger, giacchè si fa calcolo della prima soluzione in cui i corpuscoli rossi non si sciolgono tutti e che perciò rimane torbida. Le soluzioni contenenti minori quantità di NaCl, sciogliendo i corpuscoli, si rendono subito trasparenti.

Con questo metodo si ha il vantaggio di potere segnare l'isotonia nel momento in cui si fa l'esame.

Chi in seguito si accinse a ricercare la resistenza del sangue in svariati processi morbosi, si attenne ai metodi sopracitati, e a quello del Mosso specialmente: noto il Maragliano. Vicarelli, Agostini, Cavazzani, Castellino, Gallerani, Viola: e con modificazioni più o meno importanti rispetto al titolo delle soluzioni saline e alla quantità di sangue, altri metodi vennero proposti da Vivenza, Biso, Manca, Cutore etc.

(Continua)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALI DEI BAMBINI DI PARIGI

Prof. Grancher

Scrofola e tubercolosi

Ecco un bambino che presenta delle ulcerazioni al collo ed alle ascelle, effetto di ghiandole linfatiche suppurate. All'angolo interno della clavicola destra esso presenta del pari una larga superficie ulcerosa: si tratta di una tubercolosi cutanea e sottocutanea con soluzione di continuo rossastra, senza granulazioni, senza alcuna tendenza alla cicatrizzazione.

Nei bambini queste gomme tubercolari cutanee e sottocutanee sono frequenti e spesso pongono il medico nella necessità di fare la diagnosi differenziale con le gomme sifilitiche. Nel caso presente la coesistenza di glandole suppurate al collo ed alle ascelle non lascia alcun dubbio sulla natura della lesione: si tratta certamente di una lesione tubercolare. Negli inguini inoltre si trovano glandole multiple, rotonde, dure, piccole, spostabili, che il Legros ha descritto col nome di micro-poli-adenite, segno rivelatore della tubercolosi. Infine all' esame dei polmoni a sinistra ed indietro si trova sub-ottusità e soffio bronchiale, ed in avanti la fossa sotto-clavicolare dello stesso lato è depressa, vi esiste sub-ottusità e la respirazione è indebolita. Esiste quindi infiltrazione nell'apice sinistro. Il polmone destro è sano. Se non ci fosse altro che il soffio bronchiale all'apice, si potrebbe ammettere un'adenopatia tracheo-bronchica: questa può bene esserci, ma non darebbe la sub-ottusità

nella regione sottoclavicolare e la depressione di quest'ultima. Ciò fa pensare che il polmone stesso è leso, il che modifica la prognosi e forse anche la cura. Inoltre l'adenopatia tracheo-bronchiale si accompagna a tosse accessionale, che non esiste.

Si tratterebbe intanto unicamente di scrofolosi? La scrofola del polmone è stata descritta, si é descritta pure una meningite scrofolosa. Oggidì però non ammettiamo più tuttociò, ma supponiamo che noi avessimo visto questo bambino prima delle manifestazioni pulmonari, che cosa ne avremmo pensato? Si dice che la scrofola costituisce un temperamento che si manifesta con l'aspetto del linfatismo, con una fisonomia speciale dell'individuo, con pallore dei tegumenti ecc., ed inoltre che essa rappresenti il primo gradino della tubercolosi prima del bacillo: essa in altri termini aprirebbe la porta al bacillo. Questa è l'opinione di Bouchard, di Marfan e forse anche di Potain. Ben inteso che le adenopatie, le gomme appartengono già alla tubercolosi, perchè vi si contengono dei bacilli ed inoculate producono la tubercolosi, se non sempre, almeno nella maggior parte dei casi. Ma vi sono lesioni per cui questa dimostrazione non è stata fatta. Nell'impetigo dei bambini il pus inoculato alle cavie non produce la tubercolosi, eccetto che in qualche caso di impetigo ad ulcerazioni profonde e vegetazioni. Si può dire dunque che l'impetigo non è un'affezione tubercolare, ma qualche volta può essere la porta d'entrata della tubercolosi. Ebbene quest'affezione, sotto questo punto di vista, deve essere collocata vicino alla scrofolosi? Molti giovanetti tra i 15 ed i 16 anni hanno dell'acne semplice o varioliforme sul volto, sulla fronte, sulle spalle. Quest'acne non è di natura tubercolare, perchè lo dimostra l'esame istologico e perchè esso guarisce facilmente coll'olio di fegato di merluzzo ad alta dose, che è l'unico mezzo curativo efficace delle malattie superficiali della pelle. Queste lesioni cutanee possono intanto essere collegate all'antica scrofola, il cui dominio viene così ampliato, in modo da avere la scrofola non solo come predisposizione o temperamento, ma anche la scrofola come lesione, che può essere la porta d'entrata della tubercolosi. Per Grancher la scrofola poi non è altro che una tubercolosi attenuata: l'una e l'altra non stanno molto lontane fra di loro; scrofola quasi sempre vuol dire tubercolosi, e la cura è la stessa per entrambe.

Quale sarà la cura più opportuna delle lesioni che presenta il bambino di cui si è tenuto parola? La cura generale deve occupare il primo posto. Egli è stato all'aria marina e ne ha cavato giovamento. Lo stato del suo polmone non è una controindicazione: tutti i medici osservano che i bambini scrofolosi esposti nelle spiagge ed al vento guariscono più facilmente. Il sole e l'aria pura sono i fattori della guarigione, ed anche quando il polmone è sede di un processo specifico ad evoluzione lenta, il soggiorno al mare non può far male. Lo stesso non si può dire per la tubercolosi polmonare febbrile ad evoluzione rapida.

Oltre alla cura locale si farà la cura climatica; si laveranno le ulcerazioni e si inietterà nell'interno delle ghiandole etere al jodoformio. Con la formola classica di Verneuil (1: 10) Grancher ha avuto un caso di avvelenamento. Lannelongue usa la seguente formola: jodoformio 10, etere 10, creosoto di faggio 2, soluzione di mandorle dolci 90. Ne inietta 30-40 grm. in un ascesso voluminoso, inietta cioè 2-3 grm. di jodoformio. Si può anche iniettare il naftolo canforato: naftolo β 1, canfora 2. L'iniezione deve ripetersi ogni 15 giorni.

Ed il raschiamento delle glandole suppurate è indicato? Alcuni anni addietro tutti seguivano questa pratica; oggi è meno in uso. Nel bambino di cui si tratta esistono molte ghiandole alterate, e non si può essere sicuri di asportare tutto e non lasciare qualche frammento della membrana tubercoligena di cui parla Lannelongue e perciò di evitare ogni recidiva. L'opinione di parecchi chirurgi sull'intervento nei casi di tubercolosi ghiandolare, ossea ed articolare è la seguente. Nelle lesioni osteo-articolari tubercolari l'intervento è indicato: quando v'ha suppurazione estesa intrarticolare, periarticolare ed ossea, in una parola quando esiste una grande raccolta di pus; quando v'ha anchilosi od una posizione viziosa che richiede una resezione od una riduzione. È controindicato l'intervento quando esso deve essere molto esteso ed energico, come se si trattasse di estirpare un'intera falange per spina ventosa. In questo caso val meglio lasciare che le parti necrotiche si eliminano e la cicatrizzazione si faccia spontaneamente. Nei casi di tubercolosi gangliare, l'intervento è indicato quando le glandole sono ben limitate, facili ad essere dissecate; ma quando esistono annessi gangliari la cui dissezione importerebbe un'operazione lunga ed avvi il pericolo di ledere vasi ed organi importanti, l'estirpazione è controindicata. Questa è l'opinione di Brun, ma Grancher richiama l'attenzione su di altri inconvenienti che può avere l'operazione fatta in questi casi come il lasciare in sito parti tubercolari onde le recidive sicure, il sopravvenire di una meningite tubercolare, che può dai profani essere addebitata all'operazione.

La cura che si esegue attualmente é perciò:

Per le osteo-artriti tubercolari immobilizzazione fin dal principio in buona posizione, mercè un apparecchio gessato. Se ci sono fungosità, si facciano iniezioni col metodo sclerogeno, ossia si applichino 1-3 gocce di cloruro di zinco attorno all'articolazione. Se v'ha suppurazione, svuotamento del pus

mercè un' incisione od una puntura, con o senza raschiamento secondo i casi. Per le adeniti, si estirpino le ghiandole se sono isolate, si pungano se sono rammollite e vi si iniettino sostanze modificatrici.

Al bambino in cura si darà inoltre un' alimentazione corroborante, ma di piccolo volume, ed inoltre l' olio di fegato di merluzzo ad alta dose. Per quanto è difficile guarire la tubercolosi degli adulti, altrettanto i bambini traggono vantaggio di tutte le risorse dell' arte medica e possono guarire. (*L' Indipendance médicale*, n. 28, 12 luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Seduta dell' 11 luglio 1899.

Rendu. **Stigmate eredo-sifilitiche e sifilide acquisita nel medesimo soggetto.** — Riferisce l' osservazione di una donna che presentava le stigmate di una sifilide ereditaria (vizio cardiaco) e che si contagiò di sifilide.

Fournier crede che le stigmate dell' eredo-sifilide, non sono che tare degenerative. Vi sono due eredo-sifilidi: 1° L'eredità vera, in cui i genitori trasmettono la sifilide in sostanza al loro figlio, che presenterà delle placche mucose o altre lesioni specifiche; 2° L'eredità parasifilitica o distrofica nella quale i genitori trasmettono dei caratteri patologici che non hanno più nulla di sifilitico, come la tubercolosi e l'alcoolismo; le manifestazioni non hanno niente di specifico e sono eminentemente complesse. Esse sono costituite dall' infantilismo, dal rachitismo o da distrofie parziali (spina bifida, atrofie parziali, distrofie viscerali etc).

Questi due modi d' eredità sono stati per lungo tempo confusi insieme, oggi è tempo di distinguerli. Si possono vedere coincidere nel medesimo soggetto (per esempio: piedi torti e placche mucose), ma possano anche essere isolate. Ora queste distrofie, mettono il soggetto al coperto di contrarre la sifilide? No, poichè occorre frequentemente di vedere delle sifilidi acquisite in soggetti con distrofie sifilitiche (specie distrofie dentarie). Fournier ne ha raccolto una quarantina di casi.

Per conseguenza si può affermare che le distrofie sifilitiche, non dànno al soggetto che li porta l'immunità su una infezione celtica.

Rendu ha dato una descrizione precisa della lesione mitralica del suo soggetto, lesione che sarebbe una lesione congenita, che si potrebbe mettere a pari colle altre distrofie riscontrate in ammalati del genere. Oltre la teoria dell'endocardite fetale vi è l' altra che attribuisce la cattiva conformazione del cuore ad un arresto di sviluppo.

Panas ricorda che è stato il primo (or sono trenta anni) a dire che le alterazioni dentarie ed oculari descritte da Hutchinson, come dovute alla eredo-sifilide, non erano in realtà che dipendenti da un marasmo del bambino medesimo. Questa dottrina è stata combattuta, ma oggi Fournier medesimo l'ammette.

Panas ha chiamato cachettica la cheratite infantile, Fournier la chiama discrasica, ma come Fournier, l'oratore crede che la cheratite discrasica non implica affatto la sifilide ereditaria, ma una discrasia di natura variabile, tubercolare o sifilitica, per esempio.

Dubar riporta alcune statistiche personali, non che altre di Pinard, Etienne etc, donde si rileva che la mortalità immediata dei bimbi eredo-sifilitici è del 59 0[0, in conseguenza l'eredo-sifilide esercita la medesima influenza nociva sulla gravidanza che la sifilide, infatti anche i parti prematuri sono in proporzione del 50 0[0.

Hervieux. **Il vaiuolo nell'Indo-China.** — Comunica alla Accademia una nota sul vaiuolo nell'Indo-China.

Questa nota ha per iscopo di richiamare l'attenzione sulla necessità di organizzare in questa colonia un sistema serio di difesa contro questo flagello, come sarebbe l'organizzazione di un servizio medico, per la vaccinazione obbligatoria.

Più di due terzi di bambini muore di vaiuolo, il 95 0[0 degli adolescenti portano le stigmate di questa malattia, la quale fra le cause di cecità rappresenta i 9[10. È uopo quindi di pensarci e seriamente.

Berger. **Rinoplastica col metodo italiano modificato.** — Riferisce la storia clinica di una inferma alla quale ha praticato un innesto cutaneo per ristaurare il naso alla Tagliacozzi a mezzo cioè di un lembo preso dal braccio. Il risultato fu splendido.

In una seconda inferma affetta da lupus, che aveva distrutto gran parte del naso, lo ricostruì, col metodo italiano modificato.

In un terzo caso; la plastica potè esser fatta a mezzo di un lembo bracciale e di un frammento osseo preso dalla cresta iliaca dell' ammalato medesimo e che servì a sostituire il sotto-setto.

Il risultato fu soddisfacente.

Lereboullet. **Uso terapeutico del siero di latte.** — Comunica i risultati delle ricerche fatte da lui e da Gimbert a mezzo di un nuovo siero.

Questo siero non é nè vaccinante, nè immunizzante, non agisce che per i sali che contiene. Però pochi sieri dànno risultati così notevoli come il siero di latte. La sua composizione è la seguente: Per un litro contiene:

Acido fosforico	gr.	1,875
Cloruri	»	2,50
Solfati	»	0,60
Lattosio	»	80,—

La densità è di 1,034 ad 1,035. Per ottenerlo, si

fa coagulare il latte e si ottiene il siero che è filtrato, il coagulo si disecca alla stufa, si polverizza, e poi vi si mescola del carbonato di calce, si lascia macerare per due o tre ore col siero, e si filtra; si sterilizza all'autoclave e vi si aggiunge un po' di acido fenico per conservarlo. Questo siero è inoffensivo e indoloro.

Iniettato alla dose di 200 grammi ai conigli di 1,700 grammi, non li ha mai uccisi. Nell'uomo non determina alcuna reazione, si osserva soltanto un rallentamento del respiro e del polso e un rialzo delle forze.

In un infermo di pemfigo cronico, le iniezioni di questo siero hanno dato buoni risultati. In molte affezioni accompagnate d' anemia e da debolezza, questo siero dà risultati più rimarchevoli degli altri sieri artificiali impiegati a deboli o ad alte dosi.

CHIRURGIA MODERNA

CHIRURGIA PULMONARE

Malgrado i tentativi fatti dai tempi più antichi per intervenire nelle malattie polmonari, si può dire che la chirurgia del polmone apparisce appena all'orizzonte. Frattanto non bisogna essere ottimisti e si deve ammettere che la chirurgia dell'avvenire, come quella dei nostri giorni, non potrà intervenire con successo che in casi eccezionalmente fortunati di malattie polmonari diffuse, quali la tubercolosi, la bronchiettasia. Ma la chirurgia potrà al contrario rendere grandi servizi per le lesioni locali, quali ascessi, gangrena, cisti idatidea, corpi estranei. Se finora l'intervento chirurgico nelle lesioni locali del polmone è ancora lontano dal dare grandi successi, deve attribuirsi alle tre ragioni seguenti: difficoltà delle diagnosi, impossibilità di precisare l'esistenza delle aderenze della pleura e d'indicarne il posto, importanza a provocare a volontà l'aderenze artificiali della pleura. Riguardo all'inesattezza della diagnosi, questa questione sarà messa innanzi in un avvenire molto lontano. L'attività dei chirurgi in questa regione spargerà rapidamente la luce in questo senso e si giungerà nella maggioranza dei casi a conchiusioni precise, combinando esattamente i dati della percussione e dell'ascoltazione cogli altri fatti clinici.

La funzione di prova presterà grandi servigi nei casi dubbii, solo nei casi eccezionali si potrà tentare di applicare i processi operatori recenti e tanto ingegnosi per la diagnosi delle malattie dei polmoni. S'intende parlare dell'esame manuale dei polmoni attraverso il foglietto scollato della pleura parietale dopo la resezione di una o di due coste, o dell'esame diretto dei polmoni con l'aiuto delle dita per mezzo dell'incisione pleurica. La pleurotomia darà maggior libertà per l'esame del polmone fatto soltanto con la mano, e se si riesce ad unire ad essa il processo di Tuffier, a gonfiare il pulmone coll'aiuto del suo tampone-cannula, poi a chiudere ermeticamente l'orifizio pleurico e la piaga con una sutura, la chirurgia avrà nella pleurotomia un mezzo diagnostico altrettanto esatto, quanto la laparotomia esploratrice.

È fuori dubbio che nei processi patologici rapidi e pericolosi per la vita, è tanto importante il determinarne esattamente la diagnosi ch'è preferibile, nell'interesse dell'ammalato, di tagliare il nodo gordiano praticando una pleurotomia esplorativa che perdere un tempo prezioso.

Il chirurgo però non può ricorrere che eccezionalmente a questi mezzi. Nel caso in cui una perdita rapida delle forze dell'ammalato obbliga a praticare una laparotomia, onde accelerare la diagnosi precisa, la non si può eseguire giacchè l'ammalato non potrà tollerare questa pleurotomia esplorativa ed il trattamento operatorio consecutivo. Se le forze dell'infermo sono in buono stato, si può aspettare, esaminare scrupolosamente l'ammalato ed ottenere quasi sempre un risultato soddisfacente con l'aiuto dei mezzi di diagnosi ordinarii, e solo nel caso nel quale l'ammalato é forte e tutti gli altri metodi d'investigazione hanno fallito si ricorrerà alla pleurotomia esplorativa ovvero allo scollamento della pleura col metodo di Tuffier. Sopra 6 casi di malattia dei polmoni per i quali Sapjciko ha dovuto intervenire, un solo errore è stato commesso nel processo diagnostico ordinario, cioè un voluminoso ascesso del polmone venne diagnosticato per pleurite purulenta circoscritta. Sapjciko è sicuro che quanto più si studieranno gli ammalati sotto tutti i rapporti, tanto meno frequentemente si avrà bisogno di ricorrere ai mezzi straordinarii per una diagnosi precisa. Data un'operazione polmonare, il chirurgo temerà di complicare l'operazione e la convalescenza con l'infezione del sacco pleurico, sia che si abbia da fare con un ascesso, con processo gangrenoso o con una cisti idatidea. Per quanto semplice e facile è l'operazione nei casi nei quali non è complicata coll'apertura del sacco pleurico libero di aderenza, altrettanto è complicata, difficile e pericolosa, se il contenuto svuotato del polmone penetra nella cavità pleurica e se in generale la pleura s'infetta.

Dato che il polmone non aderente si allontani dalla parete toracica e crei grandi difficoltà nel corso dell'operazione, la possibilità dell'indebolimento delle funzioni cardiache presenta difficoltà molto maggiori, e la formazione consecutiva del piopneumotorace complica molto la convalescenza e diminuisce immensamente la probabilità di un esito favorevole dell'operazione. L'operazione dell'ascesso, della gangrena del polmone, se essa è fatta nella regione dove esistono aderenze pleuriche, è altrettanto semplice e facile quanto quella di un flemmone qualsiasi.

Da tutte queste considerazioni scaturisce il desiderio di trovare il mezzo di determinare il sito dove esistono aderenze pleuriche; questo sito indicherà sempre il cammino più breve verso il focolaio morboso dei polmoni e sarà il sito più propizio e più sicuro per la pneumotomia. Sapicjko descrive il mezzo da lui adoperato per determinare l'aderenze pleuriche. Si sa che la pressione è negativa nel sacco pleurico libero; egli ha profittato di questa proprietà per determinare la presenza dell'aderenze pleuriche. Adopera come manometro un semplice tubo di vetro a due gomiti, ripieno di una soluzione fisiologica sterilizzata di cloruro sodico.

Se si fa comunicare l'una dell'estremità del manometro colla cavità del sacco pleurico, si produrrà un cambiamento nel livello del liquido, che salirà all'estremità in connessione colla cavità pleurica e s'abbasserà all'estremità opposta. Se questo cambiamento nel livello del liquido si produce nel manometro, è segno che il sacco pleurico è libero al sito esaminato, che vi esiste una pressione negativa ed in conseguenze niente aderenza.

Come si può stabilire la comunicazione del manometro senza produrre pneumotorace? Basta prendere un ago cavo spuntato di grandezza media, od anche meglio un ago speciale scavato, fenestrato.

L'apertura dev'essere situata a 1|2 cm. dalla sua estremità. È molto difficile di forare la pelle con un ago di questo genere; bisogna dunque fare una puntura cutanea colla punta di un coltello; l'ago ottuso passa allora facilmente, allontanando i fascetti muscolari e forando la pleura parietale molto tesa sulle coste. Dopochè l'estremità dell'ago avrà forata la pleura parietale producendo un rumore caratteristico, esso incontrerà il tessuto elastico polmonare che cederà sotto la pressione dell'estremità spuntata dell'ago; nello stesso tempo la forza aspiratrice dovuta alla pressione negativa attira il liquido nella cavità pleurica.

Questa aspirazione sarà osservata nel manometro. Se al contrario non havvi abbassamento di livello nel manometro, è segno che non si ha pressione negativa, in altri termini che non vi sono aderenze. Come ogni altro apparecchio, anche questo, quantunque semplicissimo, può dar luogo ad errori, uno dei quali è che in un ago fine le aperture possono ostruirsi, quantunque ve ne siano due o tre.

Si possono quindi portare in quest'apparecchio, come per la puntura di saggio, le correzioni seguenti: ripetere l'esperimento, esaminare e pulire l'apertura, cambiare ago. Sapicjko fa notare che nel caso dei suoi molteplici saggi negli animali e nell'uomo, non ha mai avuto inconvenienti; del resto ciò si capisce: nella puntura saggiativa lo stantuffo attrae il turacciolo verso l'ago, ma la pressione negativa del manometro lo spinge fuori dell'ago. Sapjciko riferisce alcuni casi nei quali ha applicato il detto apparecchio al letto dell'ammalato.

Riassumendo tutti i suoi casi, risulta che l'incisione della pleura, e anche quella del diaframma nei casi d'ascesso sotto-diaframmatico, può avere un esito favorevole, se esistono aderenze pleuriche; poi esiste un fatto importante, cioè che queste aderenze esistono nella maggior parte dei casi di processi purulenti dei polmoni. Una 3ª conchiusione della più grande importanza è, il saper trovare la localizzazione di aderenze pleuriche attraverso le quali il cammino verso il focolaio sia il più breve ed il meno pericoloso. Una 4ª conchiusione è che il processo proposto da Sapicjko può dare indicazioni esattissime sulla presenza di aderenze pleuriche e sulla regione che esse occupano. (*Revue de Chirurgie*, anno XIX, n. 7, 10 luglio 1899).

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Il primo Congresso Italiano dei medici condotti

All'annuncio dato di un primo Congresso italiano di medici condotti hanno risposto con entusiasmo i medici condotti italiani, non solo aderendo, ma facendo proposte le quali, non appena saranno state accettate dal Comitato promotore, saranno da noi pubblicate. Al Congresso prenderanno parte non i soli medici condotti, ma molte rappresentanze di ogni ramo dell'arte sanitaria: la stampa sanitaria; e gli ordini sanitari di molte città.

A giorni il Comitato promotore pubblicherà l'annuncio-programma che noi pure riprodurremo.

Invitiamo tutti i medici condotti del mezzogiorno d'Italia ad unirsi ai confratelli settentrionali, inviando le loro adesioni, anche con semplice carta da visita, al segretario del Comitato promotore, avv. G. Pacinotti, Via Balbo. 1. Genova.

Invitiamo pure le Associazioni locali dei sanitari a riunirsi e a deliberare l'invio di rappresentanti al Congresso, ed a fare al Comitato quelle proposte che crederanno debbano essere discusse dal Congresso. E' bene che tutte le proposte di temi da discutersi dal Congresso, siano sollecitamente inviate al Segretario del Comitato promotore, perchè il Comitato possa tenerne conto nel compilare il programma e nel distribuire il lavoro nelle varie sezioni nelle quali si dividerà il Congresso.

FORMULARIO

Cura della scabbia

Calce viva . . . . gr. 5
Fiori di zolfo . . . . » 25
Acqua . . . . » 250

Per pennellazioni.

Dopo un quarto d'ora applicare la seguente pomata:

Solfo
Olio di cade } . . . . ana gr. 180
Sapone nero
Sugna } . . . . » » 500
Creta. . . . . » 120

(Tlèminks)

Il preparato più in uso in Francia e all' estero è la pomata solfo-alcalina di Helmerich.

Solfo. . . . . parti 2
Carbonato di potassa. . . . . » 1
Sugna . . . . » 8

oppure:

Fiori di solfo
Olio di cade } . . . . . ana gr. 40
Sapone verde
Sugna } . . . . , ana » 80
Creta bianca in polvere . . . . » 5

Per frizioni dopo di aver preso un bagno saponato. (Hardy)

Carbonato di potassa . . . . gr. 10
Solfo sublimato . . . . » 20
Glicerina neutra . . . . . . » 200
Essenza di lavanda
Essenza di menta } . . . ana gr. 2

(Legendre)

NOTIZIE E VARIETÀ

Lega nazionale contro la tubercolosi

Sabato 8 corrente il Comitato provvisorio della sezione fiorentina tenne la sua prima adunanza. Erano presenti i professori: Mya, Bufalini, Colzi, Grocco, Tanzi, Lustig, Roster, il generale dott. Dainelli, i dottori G. Bargioni, Billi, Bosi, Puritz, Pieraccini, G. Nesti. Furono eletti presidenti i professori Mya, Grocco e G. Chiarugi, segretari, i dottori Puritz e G. Nesti; cassiere il dott. G. Bargioni. Venne dato ai tre presidenti l'incarico di compilare lo statuto che verrà poi sottoposto all'approvazione dell'Assemblea generale.

Mestruazione dall'orecchio

Il dottor Lermoyez, comunica alla *Société médicale des hôpitaux di Parigi*, un caso curioso di una ragazza la quale è mestruata mensilmente dall'orecchio destro. Tale mestruazione anormale le comparve tre anni fa, e ogni mese, regolarmente dopo un periodo di prodromi caratterizzati da cefalea, rilasciamento generale, vien fuori dal condotto auditivo destro uno scolo di sangue chiaro, non coagulabile, senza che si abbia alcuna lesione locale. Dopo circa tre anni di tale anormalità, comparve la mestruazione genitale, e a poco a poco cominciò a sostituire le regole auricolari, le quali ora non si producevano che ogni due o tre periodi mestruali: esse dopo di essere state supplementari, ora non sono che complementari.

Forse è probabile, che questa mestruazione auricolare sia la manifestazione neurosintomatica di una isteria ancora latente, poichè si trova dal lato dell'orecchio che sanguina una leggera ipoestesia del timpano e del condotto, non che un certo grado di anestesia uditiva; e si sa che la coincidenza di questi due sintomi è uno dei migliori segni dell'isteria auricolare che noi possediamo.

La discendenza di una alcoolista

Il prof. Pellmann, dell' Università di Bonn ha scoverto e identificato 709 discendenti di Ada Iurk e celebre alcoolista, nata nel 1740 e morta nel 1800. Sette furono imputati di assassinio e 76 di altri delitti, 144 furono mendicanti di professione, 61 vissero della carità publica e 181 furono prostitute. In quanto riguarda asilo, prigione, sorveglianza questa famiglia ha costato al governo tedesco 6 milioni di franchi.

CONCORSI E CONDOTTE

Congregazione di Carità. (Rimini). Concorso a posto di assistente all'ospedale civile (sezione chirurgica) Stipendio lire 800, alloggio nell' ospedale. Età non superiore a 35 anni. Scadenza 28 luglio 1899.

Castano. (Milano). Medico condotto per la generalità degli abitanti. Stipendio annuo lire 3000 lorde di R. M. e comprese lire 300 quale ufficiale sanitario. Scadenza 31 luglio 1899.

Montereale. (Aquila). Concorso alla condotta medico-chirurgica della terza zona che comprende 1760 abitanti. Stipendio annuo lire 2000. Scadenza 31 luglio.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento. 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

IL SEGNO DI KERNIG NELLA MENINGITE

Nel 1884 il russo Kernig descrisse un fenomeno che egli crede si abbia solo nelle affezioni della pia madre e mai manchi nelle infiammazioni di questa membrana. Un ammalato di meningite se si fa uscire di letto flette le cosce ad angolo retto sul bacino, e trova una grandissima difficoltà ad estendere le gambe a causa di una forte contrazione dei flessori. Il fenomeno è così evidente, la differenza tra la sua completa assenza quando l'infermo giace a letto e la sua presenza quando si leva così netta, che merita di richiamare una speciale attenzione e mette conto di ricercare il fatto in ogni caso.

Kernig parlava di 15 casi di meningite nei quali tutti egli aveva riscontrato questo sintoma, ed in 8 di essi la diagnosi era stata confermata dall' autopsia. Dei 15 casi, in 13 si trattava di meningite cerebro-spinale epidemica, in 1 di meningite tubercolare, in 1 di meningite suppurativa. In 6 casi non di meningite acuta Kernig trovò pure il fenomeno più o meno evidente: ma in tutti essi vi era qualche alterazione della pia: edema, emorragia intermeningea, meningite circoscritta, meningite cronica, carcinosi generale. Kernig dice che il fatto da lui osservato si ha nella meningite con la stessa precocità della rigidità del collo, e che esso scompare assai tardi.

Ma pochi si sono occupati di questo fenomeno e parecchi trattatisti non ne parlano neanche.

Bull dice che esso non è patognomonico della meningite o di altra affezione della pia, ma indica piuttosto un aumento della pressione intracranica. Egli ha trovato la contrattura dei flessori in 3 casi: uno di meningite tubercolare senza autopsia; uno di tubercolo solitario del cervelletto ma con tubercoli miliari sulla pia e tubercolosi dei pulmoni, delle glandole linfatiche, dei reni e dell'intestino; uno di otite media con carie della porzione petrosa, trombosi del seno trasverso e della giugulare comune. Nella pia basale, specialmente in corrispondenza del lobo frontale, vi erano ecchimosi e del liquido sieroso nella fossa posteriore. Questi casi dunque, contrariamente a quanto pensa Bull, darebbero piuttosto ragione a Kernig perchè in tutti tre era interessata la pia.

Più estese sono le osservazioni di Friis di Copenhagen. In un' epidemia di meningite cerebro-spinale il segno di Kernig fu ricercato 60 volte su 110 casi: esso era presente in 53 su 60. ossia nel 88 0|0: degli altri in due esso era dubbio, in due l' esame non fu sodisfacente, in tre il segno mancava completamente. Friis non stabilisce quanto presto il fenomeno appare e quanto tardi scompare; non trova alcun rapporto tra esso e la rigidità del collo, l'iperestesia, il dolore, benchè inclini a credere che sia più evidente quanto è più accentuato il dolore lombare. Friis non dà alcuna interpretazione del fenomeno, ma non divide l' opinione di Bull circa la pressione intracranica, perchè esso mancava in un caso di idrocefalo.

Nell'epidemia del 1891 a Copenhagen Friis trovò il segno di Kernig in 21 casi su 36 (80 0|0).

Henoch ha trovato il segno di Kernig in alcuni casi di meningite ma non lo ritiene come patognomonico, e ricorda un caso con autopsia in cui non l'ha riscontrato. Egli crede che lo si possa avere anche senza la meningite.

Blümm ha trovato il segno di Kernig 7 volte su 9 casi di meningite.

Netter, l' anno scorso, l' ha osservato 23 volte su 25 casi (92 0|0), di cui alcuni erano forme abortite, altri in istato avanzato, due in convalescenza. Otto casi erano di natura tubercolare, 12 epidemica, 3 mista. I due casi in cui non fu riscontrato il fenomeno riguardavano due bambini, di cui uno con meningite tubercolare avanzata. Netter annette al sintoma gran valore specialmente per la diagnosi dei tipi abortivi di meningite tubercolare. In un'altra serie di 47 casi egli l'avea riscontrato nel 90 0|0.

Persistendo esso durante la convalescenza può servire anche alla diagnosi retrospettiva.

Herrick ha ricercato il sintoma in 19 casi di meningite, dai quali aveva escluso tutti i casi dubbi, e di cui otto son venuti all'autopsia. In nove si trattava di meningite cerebrospinale epidemica, in 7 di meningite tubercolare. in 2 pneumococcica, in 1 sifilitica con un

processo di suppurazione acuta. Il segno di Kernig era presente in 17 casi, ossia nel 89,4 0[0. I due casi, in cui mancava, riguardavano due bambini nei quali l'esame fu fatto poco prima della morte e fu notata una grande rilasciatezza di tutti i muscoli. Ciò spiega anche il fatto che la rigidità della nuca scompare un po' prima della morte. Il segno di Kernig appare prima della rigidità nucale, è molto evidente ed è di gran valore per la diagnosi. In due casi di Herrick, di cui uno di tubercolosi miliare, esso era prima assente ed è comparso proprio quando sono state toccate le meningi, come dimostrava la retrazione e la rigidità del collo, la grave cefalea, la paralisi degli oculomotori.

Netter ricorda un caso assai istruttivo. Trattavasi di un caso tipico di tifo in cui non mancava neanche l'agglutinazione, e che presentava chiaro il segno di Kernig. Mancando ogni altro sintoma, fu esclusa la meningite. La morte avvenne nella terza settimana per perforazione. L' autopsia dimostrò, oltre il tifo, una meningite cerebro-spinale da stafilococco piogene e bacillo tifoso.

In 25 individui sani il segno di Kernig non è stato mai riscontrato; di 100 malati, non di meningite, solo 2 lo presentavano.

In uno di questi due malati, appartenente a Billings, fu trovata all'autopsia un'emorragia subdurale a sinistra senza alterazioni infiammatorie. Si trattava di un operaio di 52 anni con cefalea, ed amnesia, incoscienza, rigidità e retrazione del collo, pupille eguali, paresi facciale destra, braccio destro flesso e rigido. Febbre alta, con polso a 130, per 24 ore: dopo la puntura lombare la febbre decadde ed il polso si ridusse a 56. Morì in coma e solo nello stato comatoso comparve il segno di Kernig.

L'altro caso riguardava una donna che era restata a letto quattro settimane per artrite gonorroica ad un ginocchio, e durante questo tempo era restata sempre con entrambe le ginocchia flesse. Questa condizione forse spiega la difficoltà dell' estensione degli arti abituati alla flessione. Il fenomeno era presente solo nell'arto sano.

L'assenza del segno di Kernig è stato di gran valore per Herrick nella diagnosi di un caso di eresipela facciale con delirio, vomito, febbre alta, cefalea, ecc. L' ammalata poteva con poca difficoltà estendere le gambe, ciò che bastava ad escludere il segno di Kernig. L'indomani comparve un'eruzione eresipelatosa attorno al naso, e fu così scartata la diagnosi di meningite cerebro-spinale sporadica.

Gli studii di Kernig, Bull, Henoch, Friis, Blümm, Netter, Herrick assodano dunque che il fenomeno di Kernig si ha nella gran maggioranza dei casi di meningite, 80-90 0[0 e solo eccezionalmente in altre malattie. Le poche eccezioni non possono menomare la grande importanza diagnostica del fenomeno, giacchè di sintomi assolutamente patognomonici possiamo dire di non averne. Così la roseola nel tifo, l'erpete nella pulmonite e nella malaria, ecc. non sono costantemente indici e compagni di queste malattie.

La tecnica per provocare il fenomeno è semplicissima. Basta portare l'ammalato alla sponda del letto, facendogli mettere i piedi a terra per vedere, se esiste il segno di Kernig, flettersi le cosce e le gambe ad angolo retto o ad un angolo ottuso non superiore o 110°-120°. Spesso l' ammalato per questa flessione sente dolore. Non si può tener conto del segno di Kernig in quei casi in cui l'estensione degli arti può essere ostacolata da condizioni locali come un'artrite dell'anca o del ginocchio, una miosite, una sciatica, una antica contrattura d'origine nervosa.

Non è stata ancora data un' interpretazione giusta di questo fenomeno. L'ipotesi di Bull che lo fa dipendere da un aumento della pressione intracranica non è sostenibile, perchè il sintoma manca nell'idrocefalo, nei tumori, nell'emorragia. Quello che si può per ora dire è che nella meningite si ha un'esagerazione del tono dei flessori, che rende più difficile l'estensione degli arti inferiori.

BIBLIOGRAFIA

Kernig. *Berliner klinische Wochenschrift* 1884. —Bull. *Berliner klinische Wochenschrift* 1885.— Friis. *Thesis*, 1887.—Henoch. *Charitè Annalen* 1886. — Blümm. *Münchener medicinische Wochenschrift* 1889.—Netter. *Semaine mèdicale* 1888, 1898 e *Sociètè mèdicale des hôpitaux de Paris* 1898. —Eichhorst. Trattato di patologia medica. — Herrick. *American journal of medical sciences* n. 327, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto Anatomo-patologico della R. Univ. di Catania diretto dal prof. A. PETRONE

NUOVO METODO PER VALUTARE L' ISOTONIA DEI CORPUSCOLI ROSSI DELL' UOMO E DI ALTRI MAMMIFERI IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE.

Dottor S. Drago, assistente

(*Cont. V. num. prec.*)

L'effetto utile che le soluzioni saline offrono nella constatazione della resistenza del sangue normale o alterato da una causa morbosa, riguarda soltanto il grado di resistenza che oppone il sangue alle soluzioni medesime; ma se si pensa che nello studio del sangue, specialmente alterato, molti sono i fatti che richiedono adeguato apprezzamento, io son di avviso, che il metodo del cloruro di sodio non soddisfi a tutte le esigenze richieste da un esame completo ed esatto, e non possa quindi fare emettere conclusioni attendibili. Ciò specialmente va detto in omaggio ai preziosi ac-

quisti che l'ematologia ha fatto per opera del mio Maestro prof. Petrone, oltre che il metodo in se presenta altri non meno seri inconvenienti.

In effetti, dice Fulloni, che nello studio della resistenza del sangue, molte precauzioni e molta prudenza occorrono per l'interpretazione di quel che si vede; e ricorda che nel fatto della diffusione dell'emoglobina nelle soluzioni saline, non si sa quanta parte è dovuta alla forza di unione tra emoglobina e stroma globulare per se, e quanta a quella parte di siero, che comunque riveste i globuli, colla sua ricchezza in sali, così facilmente variabile, deve variamente modificare il titolo delle soluzioni.

Altre cause di errori vanno devolute parimenti a tutte le condizioni estrinseche che modificano il grado apparente della resistenza quali ad es. l'uso di NaCl non chimicamente puro, di acqua distillata non sterilizzata, di soluzioni conservate per molti giorni.

Giustificai in tal modo la necessità d'indagare se altro reagente potesse surrogare il NaCl, non presentando gl'inconvenienti di questo ultimo. e che potesse dare risultati più attendibili. All'uopo ho fatto tesoro degli studi del prof. Petrone il quale fin dal 1896 comunicò all'Accademia medico-chirurgica di Napoli che il liquido iodo-iodurato è un eccellente mezzo conservatore del sangue cavato dal vivo e degli altri tessuti cavati anche dal vivo in questo mestruo (cellule epatiche, epitelio o muco boccale, etc.) dimostrando con questi ed altri successivi studii, che esso modifica il contenuto emoglobinico del globulo rosso da far chiaramente risaltare il nucleo, quando si osservino tutte le norme di estrazione del sangue che riferisco succintamente:

1. la quantità di sangue da cimentare al mestruo non deve essere che il decimo circa della goccia.

2. il sangue deve con una certa lentezza penetrare nella goccia di mestruo.

« 3. fuoruscendo il sangue rapidamente e in « quantità esuberante, si ha dissoluzione del « contenuto delle emazie, le quali diventano « ombre.

« 4. aumentando la sostanza del mestruo « (iodo), l'emoglobina è conservata in tutti i « globuli, mentre se si aumenta per poco la « quantità di acqua del reagente, vi è emo- « globinolisi e cariolisi completa ».

Studiando poi al microscopio il sangue dell'uomo e di altri mammiferi, ha potuto anche affermare, che non è indifferente l'uso del liquido di Lugol per lo studio del nucleo delle emazie di varie specie animali, perocchè variando per ciascuna di esse la resistenza dell'emoglobina, deve anche variare il titolo della soluzione iodo-iodurata.

Analogamente fermando l'attenzione sulla resistenza emasica in diversi stati morbosi, specialmente oligoemici, con lo stesso liquido, sperimentato perfetto, e seguendo le dovute norme, ha potuto constatare che le emazie più grosse mostrano facile dissoluzione dell'emoglobina, mentre nelle più piccole cresce gradatamente la resistenza, sino a non risentire più l'azione del reagente, e a non vedersi il nucleo.

In un mio lavoro fatto in collaborazione col Dottor A. Motta Coco, nel quale furono studiate le alterazioni che intervengono negli elementi figurati di un sangue scorbutico, fu detto che l'estrazione del sangue venne fatta direttamente nella comune soluzione di Lugol e che esaminando al microscopio, ci accorgemmo che tutte le emazie erano disfatte, e sciolto il loro contenuto. Questo fatto ci portò all'idea che il Lugol ordinario non fosse opportuno alla ricerca per la quantità di iodo insufficiente a mantenere integre le emazie, le quali di conseguenza erano diventate meno resistenti; ed in effetti occorse aggiungere al liquido di Lugol una pagliettina di iodo del peso di 5-10 centigr. per avere la soluzione isotonica.

Colla scorta di questi dati, istituì una serie d'indagini per vedere anzitutto se collo stesso liquido di Lugol potesse andar valutata *in provetta* l'isotonia dei globuli rossi, così come si fa in parte colle soluzioni saline, e servendosi dell'osservazione microscopica dei singoli miscugli.

Senonchè, prima che mi fossi accinto a comporre le necessarie soluzioni, volli prima saggiare col liquido di Lugol stesso, mettendone in una provetta 2 cmc. e mescolando con esso mezzo mmc. di sangue estratto per puntura dal polpastrello dell'indice, ed aspirato colla pipetta del contaglobuli Thoma-Zeiss, graduata, come è noto, a decimi di mmc.

L'osservazione microscopica di una goccia del miscuglio fece notare profonde alterazioni

delle emazie, che presentavansi spinose, sformate, diffusamente colorate dal reagente e con nessuna apparenza nucleare.

Lo sperimento non riuscito mi trasse a ricercare se la quantità di sangue cimentata coi 2 cmc. di liquido di Lugol fosse piccola, onde l'iodo in esubero potesse avere indotto nella massa globulare le cennate alterazioni.

Dopo molte prove e riprove, mescolando a 2 cmc. di soluzione Lugol 4 mm. di sangue estratto e misurato nel modo anzidetto, la diradazione emoglobinica era tale, che il nucleo risaltava nettamente nelle emazie di media grandezza e nelle piccole, mentre le grosse mostravano costantemente frammentazione granulare dell'emoglobina e il nucleo ora anche esso frammentato, ora assai ridotto, talora anche scomparso.

Tale risultato, se da un canto venne a confermare quanto aveva ottenuto il prof. Petrone estraendo il sangue direttamente nella goccia di mestruo, dall'altro canto, mi trasse alla illazione che il liquido di Lugol non potea, pel fine delle mie ricerche, essere impiegato, vuoi per la quantità di sangue necessaria per ciascuna soluzione iodo-iodurata, vuoi anche pel fatto che la emoglobinolisi successiva era tale che l' osservazione microscopica della più piccola quantità di miscuglio veniva ad essere velata dai prodotti dell' avvenuta emolisi.

Senonchè l' esperimento medesimo diede a me l' agio di potere matematicamente calcolare la quantità di sangue che il prof. Petrone cimenta ad una goccia di mestruo Lugol; perocchè se per 2 cmc. della comune soluzione iodo-iodurata son necessarii 4 mmc. di sangue, evidentemente alla ventesima parte di un cmc. di Lugol, il prof. Petrone cimenta due decimi di mmc. di sangue: maggiore o minore che sia quest' ultima quantità di sangue da cimentarsi alla goccia di mestruo, la modificazione dell'emazia non avviene, e il nucleo quindi non appare.

I tentativi fatti in seguito per ottenere una soluzione iodo-iodurata che richiedesse una piccolissima quantità di sangue, dando pur essa lo stesso risultato, basarono sovra un calcolo semplicissimo. perchè, se per 2 cmc. di Lugol erano stati necessarî 4 mmc. di sangue, analogamente un mestruo meno ricco di iodo ne avrebbe richiesto una piccola quantità: ed ecco la formula del liquido iodo-iodurato da me posto in uso per l' obbietto e che indico con la lettera A.

Iodo metallico. . .	centigr.	18.75
Ioduro di potassio .	centigr.	27.50
Acqua distillata . .	cmc.	300

Per ogni 2 cmc. di questa soluzione (1) é necessario un decimo di mmc. di sangue per ottenere l'adeguata modificazione dell' emazia e l'apparenza del nucleo. Fatta la miscela, la soluzione diventa di un colorito giallo-ottone, affatto torbida; dopo 2-3 ore comincia a farsi il deposito di corpuscoli, sicchè il liquido soprastante, non mutando di colore, ridiventa limpidissimo. dopo 6-8 ore il deposito è completo, di colorito lattiginoso con tonalità rosea.

È indifferente praticare l'esame microscopico del miscuglio prima o dopo fattosi il deposito perchè in questo caso, agitando leggermente la provetta, si ha sempre il materiale voluto in emazie, le quali si presentano perfettamente conservate, con leggiero rigonfiamento globoso, tutte lasciano vedere discretamente bene il nucleo dentro il globulo; l' emoglobina poco diradata; leucociti anch'essi perfettamente integri.

La prova fu ripetuta parecchie volte, ottenendosi costantemente lo stesso risultato; noto anzi, che all' osservazione microscopica del miscuglio, pur dopo due mesi da che fu fatto, i globuli si mantengono conservatissimi, col loro nucleo, e l' emoglobina un poco più diradata.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DI PENSYLVANIA — I. M. Da Costa

Eruzioni anomali nella febbre tifoide

Nella febbre tifoide possono aversi delle eruzioni le quali, sebbene rare, divengono causa di confusione e di errori.

Le due specie d'eruzioni studiate da Da Costa sono un eritema diffuso simulante l'eruzione scarlattinosa e di un'eruzione simile a quella della rosolia. Riferisce dapprima due casi del 1° gruppo. Il 1° caso riguarda una ragazza di 14 anni, che al 7° giorno d' una febbre tifoide presentò abbondanza straordinaria di macchie di roseola; queste erano diffuse all' addome, al dorso, al torace ed anche al viso. Nella notte del 12° giorno di ma-

(1) Due cmc. di questa soluzione contengono mmgr. 1. 25 di iodo, e mmgr. 2. 50 di ioduro di potassio.

lattia apparve un'eruzione eritematosa rossa, lucente, diffusa quasi a tutto il corpo, ma pronunziata specialmente alla faccia e al dorso. In connessione colla comparsa di quest' eruzione non s'ebbe nè innalzamento di temperatura, nè aggravamento dei sintomi.

Il 2° caso concerne una giovane che ammalata, da 5 giorni, al suo ingresso nell'ospedale presentò temperatura di 39°4, che tosto salì a 40°5 con traccie d'albumine nell'urina. Il giorno dopo comparve al viso ed alle braccia un' eruzione eritematosa rosso-brillante, che si rimpiccioliva in qualche modo dopo le spugnature e non era sempre ugualmente distinta. La pressione sulla cute di qualsiasi punto produceva una macchia rossa che scompariva lentamente. Al 9° giorno s'ebbero grandi disturbi del respiro, in connessione coi quali si mostrò di nuovo al viso ed alle braccia l'eruzione eritematosa già scomparsa. Quest' eruzione dava l' aspetto della scarlattina, tanto più ch' eravi rossore delle tonsille e del faringe.

L' inferma morì 6 giorni dopo l' ingresso all' ospedale; l'autopsia dimostrò che si trattava di febbre tifoidea.

In questo caso vi sono alcuni punti degni di studio: l'eruzione scarlattiniforme comparsa nella 1ª settimana, era uniforme, non preceduta da picchiettature della pelle, era influenzata dalla pressione, non aveva modificato apparentemente la temperatura e persistette sino alla fine.

Più rare dell' eruzione scarlattiniforme è l' eruzione morbilliforme della quale Da Costa riferisce parecchie osservazioni. La 1ª riguarda un uomo di 18 anni il quale, entrato all'ospedale all'8° giorno d'una febbre tifoide, presentava rossore al viso, ed eruzione sulla superficie addominale di papule che non iscomparivano alla pressione. Nel corso della febbre l' eruzione appassì lentamente ed imperfettamente, ed era ancora percettibile nella convalescenza.

Un'altra osservazione concerne un soldato di 19 anni che, entrato nell' ospedale dopo 2 settimane di malattia, presentava rossore alla faccia, molte macchie di roseola al torace e all'addome, tumore di milza, albumina nell'urina. Cinque giorni dopo la sua ammissione presentò al torace, all'addome, al dorso, alla parte inferiore della coscia, e più scarsamente alle gambe ed alle braccia, un' eruzione molto simile alla rosolia. Vi erano però parecchi punti al torace e all' addome nei quali accanto all'eruzione suddetta erano percettibili delle macchie di roseola tifica. La comparsa dell'eruzione non fu accompagnata da cambiamenti notevoli della temperatura. Questa mostrò nel complesso il zigzag comune a questo stadio della febbre tifoide. La paziente migliorò subito dopo ed era in piena convalescenza sedici giorni dopo la scomparsa dell'eruzione.

La somiglianza di questi casi di febbre tifoide con eruzione morbilliforme col tifo esantematico è molto grande, e, quando s'è in presenza di casi nei quali sono spiccati i sintomi nervosi ed assenti i sintomi intestinali, è molto difficile il venire ad una conclusione, eccettochè la malattia non sia stata vista e la temperatura studiata fin dal principio; giacché l'eruzione morbilliforme comune nel tifo esantematico e molto rara nella febbre tifoide ha in entrambi i casi gli stessi caratteri.

Il caso seguente dimostra quanta somiglianza può avere la febbre tifoide con eruzione morbilliforme, col tifo.

Un giovane diciottenne entrò all' ospedale con febbre bassa, la quale era cominciata 8 giorni prima con epistassi e vomito. Vi era rossore alla faccia, delirio, lingua secca e scura, polso debole, T 40°, tumore di milza, presenza di albumina e di cilindri nell'urina, macchie di roseola all'addome, reazione di Widal positiva. Presentava il quadro del tifo con prostrazione spiccata e sintomi cerebrali. Due giorni dopo la sua ammissione, al 10° giorno cioè di malattia, apparve un' eruzione diffusa a tutto il corpo, anche alla faccia, alle mani ed ai piedi, la quale non scompariva alla pressione. L'eruzione era composta di numerose macchie di forma irregolare, un po' sollevate sulla pelle e identiche all'eruzione morbilliforme osservata spesso nel tifo. La somiglianza con questa malattia divenne sempre maggiore, ed era accresciuta dall'assenza di fatti intestinali e della comparsa alla base del polmone sinistro d' un vero processo pneumonico con sputo rugginoso, una forma di pneumonite molto più comune nel tifo che nella febbre tifoide.

L'eruzione era così densa sul corpo, da lasciare appena libero lo spazio della testa d' uno spillo. La somiglianza col tifo fu grande fino all'ultimo. La temperatura cadde per crisi, come decade spesso nel tifo. Un'altro esame della reazione di Widal diede risultato positivo, e l'infermo guarì. Da Costa ritiene che questo sia stato un caso di febbre tifoide, reso dubbio principalmente dall'eruzione peculiare morbilliforme.

Un altro errore facile a sorgere è dovuto all'occorrere eventuale di vero morbillo nella febbre tifoide, come dimostrano i due casi seguenti. Il 1° riguarda un giovane diciassettenne ammalato di febbre tifoide da una settimana. Mancavano la diarrea ed il meteorismo, però si aveva eruzione tifoide al torace e all' addome. Dopo 12 giorni del suo ingresso all' ospedale comparve un' eruzione morbilliforme accompagnata da iniezione congiuntivale, fotofobia e da un po' di tosse. La temperatura salì da 37°,8 a 38°,6 ed aumentò ancora col diffondersi dell'eruzione al corpo, fino a raggiungere 41°,2. Dopo 3 giorni circa la temperatura divenne normale, l' eruzione andava impallidendo.

Il 2° caso concerne un soldato di 21 anno affetto da febbre tifoide nel quale 6 giorni dopo l'ingresso all'ospedale la temperatura era caduta alla normale. Dopo altri tre giorni si ebbero corizza, iniezione congiuntivale, cefalea e tosse. Tosto la temperatura cominciò a salire e dopo 6 giorni si aveva 38°, contemporaneamente apparve un' eruzione morbilliforme alla faccia.

Il giorno appresso tutto il corpo era coperto di morbillo. La reazione di Widal, eseguita durante il periodo eruttivo, fu negativa, positiva però la diazoreazione. La desquamazione accadde al 5° giorno.

Paragonando questi casi di morbillo e febbre tifoide coesistenti nei casi di febbre tifoide nei quali occorre un'eruzione morbilliforme, si trovano differenze notevoli consistenti in primo luogo nel carattere dell' eruzione che nel vero morbillo è più grossa, ha più il carattere papulare; in 2° luogo vi ha prurito e desquamazione che non si osservano nell'eruzione morbilliforme della febbre tifoide. Inoltre la presenza della corizza e dei sintomi catarrali è molto significante nel morbillo intercorrente. Di grandissima importanza e valore è l'andamento della temperatura, la quale non è influenzata dall'eruzione morbilliforme della tifoide, mentre nel morbillo intercorrente sale decisamente nei giorni che precedono immediatamente l'eruzione, nello stadio prodromico, appunto come nel morbillo ordinario, e sale o rimane alta col diffondersi dell'eruzione.

Sono state così descritte un'eruzione scarlattiniforme ed una morbilliforme e s' è parlato inoltre della screziatura della pelle. Questa screziatura, come nel tifo, è dovuta ad un'eruzione sottocutanea. Tutte queste forme sono delle forme realmente diverse, o semplicemente espressioni differenti della stessa condizione patologica, realmente una sola affezione? Da Costa crede che sono una sola affezione, avendo lui visto qualche caso in cui si aveva la presenza contemporanea nello stesso paziente, come dimostra il caso seguente. Un soldato ventiduenne entrò all' ospedale il 7° giorno d'una febbre tifoide, con T. da 39°,6 a 41°, vi era stata epistassi. Il giorno seguente una o due macchie lenticolari di roseola vennero osservate all' addome, ma ciò che più attrasse l' attenzione fu una strana picchiettatura generale della pelle, pronunziata specialmente al torace, all'addome ed alle cosce. Dopo 4 giorni la picchiettatura era quasi scomparsa. Al 15° giorno della malattia apparve alle spalle ed alla parte superiore un' eruzione grossa, granulare, simile al morbillo, che veniva influenzata dalla pressione, ma non scompariva. Quest'eruzione non fu accompagnata da rialzo della temperatura. La lingua era arida e non vi erano sintomi bronchiali. Il giorno seguente persisteva l'eruzione morbilliforme, si era aggiunto rossore più spiccato della nuca e della parte inferiore delle braccia, delle mani e del torace molto rassomigliante all' eruzione scarlattiniforme. Non c'era corizza nè mal di gola. L'eruzione scarlattiniforme lasciava delle macchie bianche se si passava rapidamente il dito sulla pelle, ma l'iperemia ritornava. Non vi era rossore alla faccia, l' urine non contenevano zucchero, albumina o cilindri, la reazione di Widal fu positiva. Quattro giorni dopo la sua comparsa l'eruzione morbilliforme era del tutto svanita, ma il rossore scarlattiniforme era visibile solo alla nuca. Persisteva la screziatura generale su tutto il corpo. Nel pomeriggio dello stesso giorno e senza causa alcuna la temperatura salì da 38°,2 a 39°,4 e l' eruzione eritematosa scarlattiniforme ritornò alla nuca, al torace ed alle giunture delle mani.

Non è facile la determinaziene del modo col quale quest'eruzioni si producono: è certo che esse non sono da attribuirsi all'uso di farmaci, al bagno. Da Costa ritiene ch'esse siano l'espressione del disordine dei nervi cutanei e siano dovute a disturbi vasomotori; ma come questi si producono è dubbio. Da Costa riferisce un caso nel quale l'elemento nervoso aveva grande prevalenza.

Nelle dette eruzioni non havvi nulla che sembri aggravare la prognosi.

È vero che esse occorrono per lo più in casi gravi di febbre tifoide, specialmente l' eruzione morbilliforme, la quale più che la scarlattiniforme si associa con fenomeni gravi. Ma la prognosi, piuttosto dall'eruzioni, è determinata da questi fenomeni; riguardo alla terapia, esse non richiedono un indirizzo speciale di cura. Siccome può coesistere albuminuria febbrile, si deve dare grande importanza alla secrezione renale. È dal punto di vista della diagnosi e della patologia che queste eccezioni sono degne di attenzione e di studio. (*The american Journal of the medical Sciences*, vol. 118, n. 227, luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ DI MEDICINA INTERNA DI BERLINO

Seduta del 10 luglio 1899

Richter. **Sul diabete renale.** — Riferisce in succinto la storia della quistione riferentesi al diabete renale, da cui risulta, come i reni possono in certi casi provocare la comparsa di questa malattia del ricambio. Paracelso per primo ed altri in seguito hanno dichiarato il diabete una malattia non di un organo ma di tutto l' organismo, e così si è creduto fino a che recentemente, ha richiamato l'attenzione la scoperta del diabete da florizina, in cui l' organo maggiormente leso dal veleno con sicurezza è il rene.

Nell' avvelenamento per sublimato in cui si ha

una nefrite tossica, oltre l'albuminuria spesso si osservano tracce di zucchero nell' orina. Una glicosuria renale pura sembra che il Richter l'abbia ottenuto per mezzo della cantaridina. In piccole dosi somministrata ai conigli, già dopo la prima iniezione si ha la comparsa della glicosuria.

Se si aumenta la dose della cantaridina si ha una albuminuria intensa; e lo zucchero non compare più. Però in questi animali da esperimento, la quantità dello zucchero contenuto nel sangue è aumentata.

Nella letteratura sono descritte tre casi di individui glicosurici in cui la malattia primitivamente s'iniziò dal rene.

Burghart. **Contributo alla organoterapia.** — Ha eseguito nella clinica del Leyden numerose ricerche organoterapeutiche. I migliori risultati li ha ottenuto nel morbo di Basedow, specie col siero proposto dai francesi, che è un siero di cani tiroidectomizzati. Con tale siero (che può anche condensarsi e ridurre in preparati secchi) in tre casi ha avuto un serio miglioramento.

Le ricerche, cogli estratti di milza, di midolla, di timo, di cervello sono state negative. Uguale risultato ha dato la spermina nella tabe. L' ooforina agì benissimo in una ragazza di 26 anni, la quale per aplasia dei genitali, giammai era stata mestruata, pertanto in seguito alle cura ooforinica, aumentò in modo significante di peso e le regole le comparvero. In fine è da citare il caso curioso di un diabetico, che migliorò molto (specie nella potenza sessuale) dopo la somministrazione della epididimina.

SOCIETA' MEDICA DI BERLINO

Seduta del 12 luglio 1899

Placzek. **Anosmia congenita.** — Presenta una donna di cinquanta anni la quale è affetta da anosmia completa fin dalla nascita, essa non ricorda mai di aver potuto percepire un odore.

Loewenmeyer. **Mixedema.** — Si tratta di una signora mixedematosa. La malattia data da otto mesi addietro e incominciò con alterazione nella espressione del volto, in seguito, si ebbe gonfiore della pelle, senso di freddo al capo ed alle spalle, protrusione del globo oculare in avanti ecc.. La tiroide esiste, però sin dalla pubertà si è manifestata un voluminoso gozzo. Si comincia a sottoporla alla cura dei preparati tiroidei.

Gluck. **Operazioni al laringe.** — Riferisce su tre pazienti che furono sottoposti ad operazioni al laringe. Il primo ebbe estirpato l' organo per un processo carcinomatoso, il secondo è quell' individuo (già presentato dall'oratore, in una delle precedenti sedute, alla Società), il quale dopo la laringectomia, coll'aiuto dell' apparecchio semplicissimo già descritto può benissimo parlare.

Il terzo è un uomo il quale in seguito ad una tubercolosi laringea fu sottoposto alla laringofessura, e pur tuttavia può parlare senza cannula.

Silex. **Melanosarcoma della coroide.** —Presenta alcuni preparati di un piccolo melanosarcoma della coroide, il bulbo a causa di tale tumore è stato enucleato sette mesi fa.

Silex. **Reazione paradossa della pupilla.** — Ha avuto occasione di osservare una donna la cui pupilla in luogo di restringersi sotto l'influenza della luce si dilata. Non esiste alcuna malattia nervosa. L'oratore ritiene che si tratti di un fatto simpatico, e che si osserva in parecchi casi in seguito ad affaticamento eccessivo della visione (cucire e simili lavori di applicazione), per cui le fibre dell' oculo-motore trovansi esaurite e il simpatico prende il sopravvento e fa dilatare la pupilla. La paziente negli ambienti poco illuminati vede meglio che in luoghi pieni di luce.

Rubinstein. **Calcolo intestinale.** — Una donna affetta da prolasso rettale emise un grosso calcolo dall' intestino, del peso di 24 grammi. Chimicamente il calcolo era costituito da fosfato di calce.

Gutzmann. **Sulla insufficienza congenita del velopendolo palatino.** — Accurate ricerche eseguite dall'oratore lo hanno condotto ad affermare, che la *voce nasale* per lo più si ha per una insufficienza congenita da velopendolo palatino. Tale insufficienza consiste nella brevità del medesimo in modo che non si ha una perfetta occlusione del faringe. Il massaggio, del velopendolo, bene eseguito può dare eccellenti risultati.

Movimento biologico universale

1. Waldvogel studia l'acetone, e precisamente ha voluto rispondere al quesito, **« donde derivi l'acetone »**. Dietro alcune ricerche, chimico-cliniche ha potuto convincersi che l' acetone origina dai grassi (*Centralblatt für innere Medicin*. n. 28, 15 luglio 1899).

2. Martinet descrive un **« caso di ermafroditismo »** già riferito il 7 marzo 1885 nella *Gazzetta Medica* di Parigi dal Pozzi. Oggi dopo 14 anni il Martinet vi ritorna, appunto perché il soggetto, che allora era « vergine » ha avuto da quell'epoca numerosi rapporti sessuali, di cui avvi traccia per l'esistenza di una vaginite gonococcica, inoltre perché ora presenta un' ernia inguinale e infine il soggetto ha potuto fornire dei dettagli circostanziati sulla sua vita genitale in modo da far quasi ammettere che si sia dato alla prostituzione (*Journal des praticiens* 26, 1 luglio 1899).

3. Zupnick ha eseguite alcune esperienze di gabinetto, sui conigli e sui topi, per vedere l'azione

terapeutica delle « **iniezioni sottocutanee di sostanza cerebrale nel tetano** ». Dalle numerose esperienze sembra che i risultati ottenuti sieno favorevoli in quanto l'emulsione cerebrale agirebbe come antossina. L'autore si ripromette di sperimentare sull'uomo (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 25, 22 giugno 1899).

4. ENRIQUEZ E LEREBOULLET, descrivono un « **caso di melanodermia arsenicale simulante il morbo di Addison** ». Si tratta di un individuo il quale dopo di aver preso per sei mesi diciotto gocce di liquore di Fowler, al giorno, ebbe a notare la comparsa di un pigmento cutaneo generalizzato, che ha fatto credere ad una malattia d'Addison, per cui si consigliò di continuare la cura. Ma lo melanodermia aumentava, ma non vi era astenia marcata, nè disturbi gastro-intestinali, nè dolori lombari, per cui sospettando che l'arsenico fosse stata la causa di questa pigmentazione lo si fece sospendere e l'infermo cominciò a migliorare. (*La Presse mèdicale*, n. 52, 1 luglio 1899).

5. SERGENT E BERNARD riferiscono « **sopra una sindrome clinica non addisoniana ad evoluzione acuta legata ad insufficienza capsulare** ». Concludono che: 1° le lesioni distruttive delle capsule surrenali (tubercolosi, cancro) sono suscettibili di provocare l'apparizione di accidenti fulminanti, acuti o sub-acuti, riconoscenti per causa immediata l'insufficienza capsulare. 2° La sindrome clinica che può d'altronde mostrarsi durante la malattia di Addison, come episodio acuto sovraggiunto, non dev'essere confusa colla malattia bronzina. 3° Questa sindrome sta alle lesioni delle capsule surrenali come l'ittero grave sta alle epatiti acute o croniche. 4° Le lesioni delle capsule surrenali non significano fatalmente malattia di Addison. (*Archives gènèrales de Médicine*, t. II, 1899).

6. BRETON riferisce di un caso di « **istero-epilessia** » osservato in persona di un giovane di 17 anni, figlio di padre alcoolista e di madre isterica. Dopo una operazione praticatagli alla mano per ferita d'arma da fuoco, fu colto da sintomi di imbarazzo gastro-intestinale accompagnati da crisi istero-epilettiformi. Inoltre si ebbe albuminuria intensa; albuminuria la quale non è un fatto raro, poichè nel corso delle crisi nervose è stata parecchie volte segnalata da varii autori. Infine, quando cominciò a migliorare non ricordava di essere stato infermo, si meravigliava di trovarsi all'ospedale etc., ciò che va sotto il nome di amnesia retrograda. (*Journal des praticiens*, n. 26, 1 luglio 1899).

7. TOUSCHE si occupa « **degli accidenti epilettiformi generalizzati durante l'emiplegia** » in 98 infermi curati all'ospedale di Brévannes. Conclude che gli accidenti epilettiformi non sono un sintoma ordinario dell'emiplegia; su 98 infermi si sono riscontrati solo 8 volte. Essi d'ordinario non sopraggiungono immediatamente dopo l'attacco emiplegico e d'ordinario gli accessi sono poco numerosi. L'accesso scoppia senza causa occasionale cogli stessi sintomi dell'accesso epilettico e l'aura s'è notata in parecchie osservazioni. La perdita di coscienza si riscontra in tutti i casi ed il grido iniziale raramente. La caduta può essere più o meno brusca ed ha luogo d'ordinario sul lato sano. La morsicatura della lingua è stata spesso notata. In parecchi si sono riscontrati disordini notevoli della sensibilità. Si può dunque affermare che in molti casi esiste il rammollimento cerebrale da cui dipendono i fenomeni convulsivi, l'anestesia e l'emiplegia (*Archives générales de Médecine*, tom. II, n. 1, 1899),

8. DE MANOUSSI riferisce un caso di « **tabe a forma gastrica prolungata** » C'era segno di Romberg, di Westphall, una placca di anestesia alla gamba destra, dolori folgoranti, ineguaglianza pupillare e disturbi iridei. Predominavano però le crisi gastriche da un anno e mezzo (vomito, dolori) s'instituì la cura lattea esclusiva, si diede la belladonna e la cocaina (gr. 0, 04 *pro die*) e 15 giorni dopo parallelamento al miglioramento gastrico, si notò una regressione dei sintomi tabici. Questa tabe proveniva da una sifilide, presa a 14 anni, assai benigna. (*Sociètè mèdicale des hôpitaux*, 2 giugno 1899).

9. MEILLON porta un « **contributo allo studio delle paralisi laringee** ». Dice che le paralisi d'origine corticale sono clinicamente rarissime. Non è così delle paralisi alterne; un caso di sindrome di Weber gli ha fatto costatare l'esistenza di paresi vocale dal lato opposto alla lesione. Questo a suo avviso è un fatto importante che conferma l'esistenza nell'uomo di un centro laringo-protuberanziale, di già noto nell'animale (Onodi, Semon e Horsley). Al contrario, le paralisi dipendenti da lesioni situate tra la corteccia e la protuberanza, si debbono riferire alla distruzione di fibre di associazione. La funzione normale del laringe implica l'integrità di tutto il suo sistema d'innervazione. Continuerà con altre ricerche a delucidare il valore rispettivo dei diversi centri laringei. (*Sociètè française de otologie, laringologie et rhinologie*, sessione del 1899).

10. MERY, presenta alla Società medica degli ospedali di Parigi un individuo affetto da « **spondilosi rizomelica** » in cui non si osservava nella colonna vertebrale alcuna neoformazione ossea. Si possono distinguere due varietà di spondilosi; la varietà che non si accompagna a neoformazione ossea é la sola suscettibile di miglioramento e di regressione. (*La Presse mèdicale* n. 52, 1 luglio 1899).

OFTALMOIATRIA

L'escissione del ganglio cervicale superiore destro del simpatico nella cura del glaucoma.

La chirurgia del sistema simpatico cervicale si dice che sia stata iniziata da Alexander di Edimburgo, il quale resecò il ganglio superiore di entrambi i lati e descrisse l'operazione nel 1889. Jacksh fece noto nel 1892 d'aver resecato il plesso vertebrale e tagliato il cordone che mette in relazione il ganglio cervicale medio ed inferiore. Kümmel estirpò il ganglio superiore d'un solo lato. Bojdanik nel 1893 riferì di una resezione bilaterale del ganglio medio. Chipault nel 1895 poi descrisse 28 operazioni praticate sul simpatico cervicale. La sezione bilaterale del cordone del simpatico al disopra e al disotto del ganglio medio fu eseguita da Jaboulay nel 1896.

Tutte le operazioni vennero praticate in casi di epilessia. Il 1° intervento chirurgico di questo genere in un caso di gozzo esoftalmico devesi a Jonnesco, il quale resecò i gangli superiore e medio da entrambi i lati nell'agosto del 1896. Egli fu il primo a praticare la resezione bilaterale di tutti e tre i gangli cervicali; anche a lui spetta il merito d'avere per il primo escisso il ganglio superiore per glaucoma nel 1897. Terrier, Guillemain e Malherbe furono i primi a dare un posto nel loro manuale alla chirurgia del simpatico. Riguardo all' estensione dell' operazione nelle tre malattie: epilessia, gozzo esoftalmico e glaucoma, bisogna rilevare che nell'epilessia debbono escidersi tutti e tre i ganglii, giacchè il plesso carotideo è formato da branche che partono dal ganglio superiore ed il plesso vertebrale da branche che hanno origine nell'inferiore. É chiaro che tutto la disposizione vasomotoria intracranica deve cambiarsi, se si è d'accordo con Jonnesco, che l'operazione cioè raggiunge il suo risultato trasformando un'anemia cerebrale pienamente in un'iperemia permanente, migliorando così la nutrizione dalle cellule corticali e eliminando il materiale tossico contenutovi. Se si tratta di un caso di epilessia riflessa, lo scopo è di distruggere completamente tutti i mezzi di comunicazione fra i visceri toracici e addominali ed il cervello. Lo stesso processo, cioè la rimozione di tutti e tre i ganglii, é necessario nel gozzo esoftalmico: per convincersi di ciò, basta considerare i rapporti anatomici. Dal ganglio superiore partono i nervi simpatici per l'occhio; dall'inferiore, i vasodilatatori e con ogni probabilità i nervi secretorii della ghiandola tiroide. Lo stesso ganglio fornisce le branche acceleratrici del cuore. È chiaro quindi perchè debba estirparsi tutta la catena simpatica del collo se si vuole riparare alle manifestazioni oculari, tiroidee e cardiache Nel glaucoma è sufficiente estirpare il ganglio superiore; l'operazione raggiunge il suo risultato benefico nelle quattro vie segnate. In primo luogo inibisce la vaso-costrizione onde dilatazione dell'arterie, diminuzione delle pressione sanguigna e dello stravaso.

In secondo luogo inibisce la secrezione, onde diminuzione dell'umore acqueo. In 3° luogo inibisce l'irritazione iridea, onde la contrazione della pupilla con apertura di canali nell'angolo irideo e facile deflusso consecutivo dell'umore acqueo del bulbo oculare. In 4° luogo i muscoli lisci circumbulbari, che si trovano in uno stato di contrazione tonica, si rilasciano ed è ristabilita la circolazione venosa normale nelle tuniche oculari. Il glaucoma non è il risultato d'una malattia nel ganglio inferiore. La sua rimozione perciò interrompe semplicemente la trasmissione d'impulso dannosa dal sito della malattia nel cervello o nel midollo dove hanno origine i cordoni simpatici per l'occhio. Riguardo al risultato ottenuto nella chirurgia del simpatico per le tre condizioni morbose — epilessia gozzo esoftalmico, e glaucoma—Bartlett riferisce quelli di Jonnesco. Questi operò più di 45 epilettici, con guarigione completa nel 55 0[0 dei casi, con miglioramento nel 15 0[0 e senza alcun risultato nel 15 0[0. Il periodo d'osservazione in questi casi varia da due anni a 4 mesi. Di 10 casi di gozzo esoftalmico da lui operati, 6 guarirono completamente e 4 migliorarono notevolmente. Per glaucoma operò 4 casi, dei quali uno apparteneva alla forma acuta, quattro alla forma irritativa e tre alla forma semplice. I suoi risultati nel glaucoma furono i seguenti: diminuzione della tensione oculare, specialmente in 4 casi. vigorosa contrazione della pupilla, scomparsa del dolore periorbitale e della cefalea, scomparsa degli accessi nel glaucoma irritativo, miglioramento della vista ed aumento in grandezza del campo visivo in quei casi nei quali persisteva tuttora l'acutezza visiva e l'atrofia delle papille non era completa. Bartlett riferisce un caso di estirpazione del ganglio cervicale superiore destro del simpatico per glaucoma, importante perché è il primo del genere operato intracranico.

La diminuzione del dolore consecutiva immediatamente all'operazione mena il Battlett a conchiudere che nel glaucoma assoluto l'escissione del ganglio cervicale superiore è giustificata, anche quando non si ottengono altri benefici risultati. Quest'operazione é molto preferibile all' enucleazione.

BIBLIOGRAFIA

Terrier, Guillemain e Malherbe, *Chirurgie da cou*, 1898, p. 240.—Alexander. The treatment of Epilepsy, 1889.—Jacksh, *Wien. med. Woch.*, 1892.—Bojdanik. *Wien. med. Presse*, 1893. Chipault. *Chirurg. opérat du syst. nerv.*, Paris, 1895, t. 2°, p. 370.—Jonnesco, *Centralb. f. Chir.*, 1897, n. 2. — Jonnesco. *Centr. f. Chir.*, 1899.— Marinesco, *Revue de Neurologie*, 1898, p. 234.—

Baracz, *Centr. f. Chir.*, n. 24, 1896. — Mores Ball, Renaud e Bartlett, *The New-York medical Journal*, vol. 70, n. 1, 1 luglio 1899.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *American journal of the medical sciences*, edito da A. Stengel e H. Machenzie, n. 327, luglio 1899.

1. Da Costa. **Eruzioni anomali nella febbre tifoide.** — V. pag. 280.

2. Victor C. Vaughan. — **Alcune osservazioni sulla febbre tifoide dei nostri soldati nell'ultima guerra con la Spagna.** — Quando un reggimento, in cui infierisce il tifo, cambia sede, le sue condizioni sanitarie non migliorano, quando anche la nuova località sia inappuntabile dal punto di vista igienico. Per debellare il tifo occorre oltre un cambiamento di sede, una scrupolosa disinfezione di tutti gli effetti dei soldati. Se un reggimento si muove quando l'infezione non ancora ha preso piede, il tifo scompare o per lo meno decresce. Un viaggio per mare pare che faccia diminuire l'epidemia; ma non di rado il tifo incalza se i soldati tornano sotto le tende.

3. Alfred Scott Warthin. **La coesistenza del carcinoma e della tubercolosi della glandola mammaria.** — Sono due casi, che non si osservano molto frequentemente, di coesistenza nella stessa mammella di un processo tubercolare ed una neoplasia carcinomatosa. Questa condizione abbastanza rara è puramente accidentale. Per lo più è il processo tubercolare la causa che eccita la proliferazione carcinomatosa.

4. James B. Herrich. **Il segno di Kernig nella meningite.** — V. pag. 277.

5. J. C. Wilson. **Sull'astasia-abasia, con un caso.** — È uno dei pochi casi di astasia-abasia descritti in America. Il Wilson ritiene che questa forma sia una sindrome clinica più che un'entità morbosa. Egli propende per l'origine isterica di questo fenomeno, osservando che se qualche volta lo si trova associato ad una nevropatia organica, spesso la malattia nervosa organica coesiste con l' isterismo.

6. Christian Fenger. **Eversione o rivolgimento in fuori della parete del sacco di una cistonefrosi come un aiuto nell' operazione sull'estremità renale dell'uretere e sulle pareti comuni dei calici dilatati.** — Questo metodo ha il vantaggio di rendere possibile l'ispezione della parete interna del sacco, di rendere più facile la ricerca dell' orifizio uretrale. Il Fenger dimostra con l'esempio di un caso il valore del suo metodo.

7. Augustus A. Eshner. **Tubercolosi pulmonare con febbre tifoide intercorrente complicata da pulmonite, triplice infezione.** — La combinazione di queste tre infezioni è certamente un caso raro a riscontrarsi. Il Murchison e l' Osler credevano molto rara l' associazione della tubercolosi pulmonare e del tifo addominale. Quanto alla pulmonite essa di solito coglie i tifosi alla fine della piressia o durante la convalescenza ed è più facilmente lobulare che lobare; mentre qui si trattava di vera pulmonite lobare di cui si potette dimostrare anche l'origine pneumococcica. La pulmonite lobulare che complica il tifo è dovuta specialmente all'attività dei cocchi piogeni e specialmente dello streptococco e dello stafilococco, talvolta al bacillo del tifo. La forma lobare dipende sempre dallo pneumococco di Fränkel-Weichselbaum, raramente dal bacillo di Friedländer Nei casi di pulmonite da bacillo del tifo l'elevazione della temperatura è molto rapida, l' infiltrazione meno pronunziata, la guarigione più lenta, e mancano gli sputi caratteristici. Soltanto a questi casi si può applicare la denominazione di pneumotifo o di pulmonite tifoide.

9. Frederich P. Henry. **Un caso di stenosi mitralica con febbre (non malarica) a tipo remittente.** — In una donna clorotica e con stenosi mitralica ben compensata si aveva febbre remittente che non poteva esser messa in rapporto con nessuna causa. Non poteva trattarsi della così detta febbre anemica dell'anemia perniciosa, perchè il reperto ematico era proprio quello della clorosi, e la febbre nella clorosi è rara. Huchard dice inoltre che la febbre nella clorosi quando c' é, è continua. Potrebbe trattarsi di un' anemia dipendente da endocardite ulcerativa o maligna, che sarebbe causa anche della febbre. Qui però è la sola febbre che potrebbe far sospettare l' endocardite maligna.

9. Henry H. Rusby. **Azione comparativa tra i semi verdi ed i semi bruni di strofanto.** — Nei semi di strofanto esistono due distinti principii attivi: un principio tossico ed un principio cardiocinetico, i quali nelle due specie di semi sono contenuti in proporzioni inverse. I semi bruni sono due volte più tossici dei verdi, mentre quest'ultimi producono un'elevazione della pressione sanguigna più cospicua e più durevole.

TECNICA CHIRURGICA

Rochet — Un nuovo processo per rifare il canale uretrale nella ipospadia

Tale processo si avvicina a quello di Novè-Josserand, ma differisce in alcuni punti. È stato praticato dal Rochet con successo in un bimbo a 4 anni affetto da ipospadia perineo-scrotale, il quale la prima volta fu operato di plastica uretrale alla Novè-Josserand, ma poi siccome

i parenti vollero presto ritirarlo dall'ospedale, il cateterismo successivo non fu fatto o fu fatto male, per cui il neo orificio si obliterò. Pertanto il Rochet, vistolo una seconda volta, pensò di applicargli un metodo di plastica da lui ideato. Tale metodo operativo consiste in ciò: in un primo tempo, si disseca sullo scroto immediatamente al di sotto dell'orificio ipospadico un lembo rettangolare di dimensione verticale uguale alla lunghezza del pene e di una larghezza sufficiente per poterlo avvolgere attorno ad una sonda (nel caso del bimbo si servì di una sonda n. 12 della filiera Charrière). Di guisa che questo lembo verrebbe ad avere l'estremità libera in basso e la base in alto.

Fatto ciò in un secondo tempo s' introduce la sonda nell'uretra perineale sino in vescica, sia per assicurare l'uscita dell'urina nei primi giorni dopo l'operazione, e poi per servire di modello al lembo scrotale che si avvolge attorno alla sonda, in modo che la faccia cruentata resta al di fuori e la faccia cutanea contro la sonda. Indi con fili di seta fini si suturano a punti staccati i due bordi laterali del lembo avvoltolato sulla sonda.

In un terzo tempo si praticano due bottoniere, una al di sopra dell'orificio ipospadico e l'altra al di sotto del ghiande, sulla pelle della faccia inferiore del pene, indi con un tenotomo bottonato si scolla la faccia profonda della pelle in tutta l'estensione della verga (faccia inferiore) e per una larghezza eguale a quella delle bottoniere.

In seguito non resta che far passare attraverso a questo scollamento cutaneo dal basso in alto la sonda rivestita dal suo lembo scrotale. Due punti di sutura in alto e in basso, uniranno le labbra della bottoniera cutanea alle parti corrispondenti del lembo per mantenere le cose bene a posto, e nello stesso tempo si avrà cura di fissare alla sonda, con un piccolo punto di sutura, l' estremità superiore del lembo scrotale avvolto attorno ad essa, in modo di impedirne la retrazione. Il pene è bene fasciarlo e non lasciarlo pendente.

Nel caso operato la sonda si lasciò in permanenza per 5 giorni, dopo di che, toltala, cominciò ad orinare dalla verga. Il cateterismo però si deve fare giornalmente e poi ogni due, tre giorni, per moltissimo tempo dopo l' operazione (6-8 mesi), in modo da esser sicuri che non si dovrà lamentare l'obliterazione del nuovo canale.

Dopo l' operazione suddetta non resta che guarire l'ipospadia balanica. ma il più difficile è fatto. Del resto si potrebbe continuare lo scollamento sotto-penieno nel glande medesimo sino alla sua estremità per insinuarvi un lembo scrotale un po'più lungo di quello descritto, e così si eviterebbe la cura ulteriore dell'ipospadia balanica e tutto si finirebbe in una sola seduta. (*Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie*, n 57, 16 luglio 1899).

FARMACOLOGIA MODERNA

Renaut, Armand Gauthier e Danlos

Il cacodilato di sodio nella pratica medica

L'acido cacodilico contiene 54,3 d' arsenico, ciò che sotto la forma di cacodilato di sodio, corrisponde al 72 0[0 di acido arsenioso. Questo medicamento non è tossico e non provoca alcun accidente dell' arsenicismo. Secondo l' Hayem può essere tollerato fino alla dose di un grammo.

Le indicazioni sono la tubercolosi pulmonare, le anemie gravi, malaria, diabete con tendenza alla depressione, gozzo esoftalmico, leucemia, leucocitemia, psoriasi, lichene piano. Si sono avuti miglioramenti nel lupus eritematoso e nella malattia di Dühring.

Gli inconvenienti consistono nel sapore sgradevole e persistente, dà un odore agliaceo all' alito, può cagionare delle coliche con diarrea. Il Balzer ha osservato la comparsa di dermatiti eritematose. Potrebbe ancora cagionare l'intossicazione.

Il Danlos raccomanda la via buccale, il Renaut la via rettale. La via ipodermica sembra dare i migliori risultati (Gauthier, Danlos). Ecco alcune formule del Danlos per la via buccale:

Cacodilato di sodio	gr.	2
Rhum / Sciroppo di zucchero	ana »	20
Acqua distillata	»	60
Essenza di menta	gocce	II

Un cucchiaio da caffè contiene gr. 0,10 di cacodilato di sodio;

Cacodilato di sodio	gr.	0,10
Estratto di genziana		q. b.

per una pillola.

Non si oltrepassino i gr. 0,40 per giorno e gr. 0,30 per le donne, per 15 giorni.

Per la via rettale il Renaut formula:

1° soluzione debole.

Acqua distillata	gr.	200
Cacodilato di sodio	»	25

2° Soluzione forte.

Acqua distillata	gr.	200
Cacodilato di sodio	»	40

Iniettare il contenuto d'una siringa di cc. 5 due volte al giorno per 6 giorni, tre volte al giorno per 10, poi far riposare l' ammalato per 3 5 giorni e riprendere una nuova serie.

Per la via ipodermica il Danlos formula:

Cloridrato di morfina	gr.	0, 025
» di cocaina	»	0, 10
Cloruro di sodio	»	20
Cacodilato di sodio	»	5
Acqua fenica al 5 0[0	gocce	II
Acqua distillata q. b. per	cc.	100

Ogni cc. contiene gr. 0,05 di acido cacodilico.

Il Gauthier consiglia:

Acido cacodilico. . . . . . . gr. 5

saturare completamente l'acido con il carbonato di sodio ed aggiungere:

Cloridrato di cocaina . . . . . gr. 0,08

Creosoto disciolto in gr. 8 di alcool gocce VI

Acqua distillata sterile q. b. per cc. 100

Ogni cc. contiene gr. 0,05 d'acido cacodilico.

Non si oltrepassino i gr. 0,10 per giorno per iniezione ipodermica; la dose media è di gr. 0,02-0,05 per 24 ore. Ripetere per 8 giorni, poi sospendere per una settimana. Riprendere in seguito. Il Danlos ha potuto dare delle quantità relativamente considerevoli di cacodilato di sodio senza accidenti. (*Gazette des hôpitaux*, n, 79, 18 luglio 1899).

FORMULARIO

Cholera infantum

Pozione contro la diarrea ed i vomiti

Elixir paregorico . . . . . . gocce X

Sciroppo di ratania . . . . . gr. 30

Acqua di cannella . . . . . » 60

Mischia. Da prendersi un cucchiaio da caffè ogni ora, o meglio ancora:

Gasterina (fosfato solubile di bismuto) . . . . gr. 1,50-2

Acqua distillata . . . . . . » 90

Sciroppo diacodio . . . . . . » 100

Un cucchiaio da caffè ogni ora.

(Dörfler)

Per clistere:

Nitrato d'argento . . . . . . ctgr. 1-3

Acqua . . . . gr. 50

Per 1 clistere.

Contro l'adinamia e l'algidità: bagni senapati, iniezioni di etere di 1|2 cc. o caffeina.

Caffeina . . . . gr. 2

Benzoato di soda . . . . . . » 2,50

Acqua distillata q. b. p. . . . cc. 10

La siringa di Pravaz da 1 c. c. contiene 20 centgr. di caffeina.

Pozione all'olio etereo di felce maschio

Olio etereo di felce maschio . . gr. 3

Tintura di vainiglia . . . . . » 3

Sciroppo di terebentina. . . . » 24

Gomma arabica polverata . . . » 2

Acqua distillata . . . . » 25

Da prendersi in una sola volta in una quantità eguale di latte.

Dopo alcune ore olio di ricino.

Davaine. — Pozione alla tintura di kamala

Tintura di kamala . . . . . gr. 6

Sciroppo di scorze d'arancio . . » 20

Acqua aromatica . . . . . . » 120

NOTIZIE E VARIETA'

Consiglio Superiore

Cessano per compiuto quadriennio dall'ufficio di consiglieri Cremona prof. Luigi, Del Giudice prof. Pasquale, D'Ovidio prof. Francesco, Marchiafava prof. Ettore, Ascoli prof. Graziadio, Gioda prof. Carlo, Schrön prof. Ottone, Strüver prof. Giovanni.

Per il quadriennio 1899-1903 sono stati chiamati a far parte del Consiglio Superiore della pubblica istruzione, come membri eletti, i professori comm. Scialoia, cav. Fraccaroli, comm. Luciani e commendatore Cerruti, membri di scelta governativa i professori comm. Squitti, comm. Panzacchi, comm. Laudisi e comm. Nisio.

A membri della Giunta del Consiglio Superiore furono nominati il sen. Paternò, l'on. Squitti, il prof. Luciani, il prof. Cerruti e il commendatore Nisio.

Nelle nostre Università

Nomine, promozioni

Genova. Nattini dott. Filippo è abilitato per esame alla libera docenza in oftalmoiatria.

Napoli. Sono abilitati alla libera docenza per titoli Folinea dott. Francesco in medicina operatoria, per esami Salaghi dott. Mariano in ortopedia. Barrucco dott. Nicolò è autorizzato a trasferire la libera docenza in dermosifilopatia da Napoli a Bologna.

Padova. Lucciola dott. Giacomo è abilitato per titolo alla libera docenza in oftalmoiatria.

Roma. Rossoni prof. Eugenio straordinario di patologia speciale medica dimostrativa è nominato ordinario. Concetti prof. Luigi incaricato di pediatria è nominato per l'anno scolastico 1899-900 straordinario della stessa disciplina e direttore della clinica relativa.

Nelle Università estere

Berlino. Gebhard, nominato professore di ginecologia, Munk è stato nominato professore di fisiologia. *Brooklyn.* Morton è stato nominato professore delle malattie genito-urinarie. *Budapest.* Sono stati abilitati: Diaballa, per le malattie del sangue, dei reni e del ricambio; Toth, per la tecnica ostetrica e propedeutica ginecologica; Vamossy per la farmacologia. *Bukarest.* Marinesco, è stato nominato professore di neuropatologia. *Kiel.* Fischer professore straordinario di igiene è nominato ordinario. *Klausenburg.* Iakabhazy è stato abilitato alla docenza di farmacologia e farmacognosia.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

ASSOCIAZIONE MEDICO-CHIRURGICA SICILIANA

Il concetto delle associazioni mediche regionali ha una grande importanza pratica in quanto che mira ad affiatare e a tener sempre uniti quegli elementi che, venuti dalla stessa scuola, hanno maggiore occasione di venire in contatto tra di loro nelle varie vicende professionali. Per tal modo i sacri vincoli della scuola si continuano nell'esercizio pratico, e il continuo scambio di vedute rende più agevole il sentiero, spesso aspro della pratica professionale.

Tanto maggiore dev'essere il bisogno di quest'associazione per la Sicilia, la quale oltre ad essere una delle più vaste regioni d' Italia, é assai più delle altre segregata dal resto del paese, e forma essenzialmente un nucleo a sè che deve principalmente contare sulle forze e sulle risorse locali. E di queste certo non difetta la Sicilia che ora ben conta nel movimento scientifico mondiale con le sue tre Università, nelle quali non si lavora meno che nelle altre, e con gli altri suoi centri di provincia, in cui la buona volontà ed il valore degli esercenti supplisce al difetto dei mezzi e tiene ben alta la bandiera del buon nome della scienza e della patria.

Questo adunque che è un nucleo ben eletto ha tutto il dritto di riunirsi, intendersi, affiatarsi, raccogliere attorno a sè tutti i medici della regione per discutere assieme, vagliare, e contribuire alla produzione nazionale.

E la Sicilia che ha tanto dovizia di risorse terapiche naturali, ha inoltre il dovere di bene illustrarle, per vincere la concorrenza di altri paesi ed evitare che stranieri vengano a mostrarci e sfruttare le nostre ricchezze.

Nei congressi annuali di questa associazione si potrà e si dovrà sviluppare l' importanza climatico-terapica di tante contrade della Sicilia, l'efficacia delle migliori acque minerali, il valore degli stabilimenti curativi e tutti gli altri pregi con i quali la Sicilia può concorrere alla terapia delle diverse malattie.

Questo che è un dovere di ogni cittadino, è il miglior modo di illustrare la patria ed il modo più proficuo per favorire gl' interessi economici della regione.

Ed un'esposizione regionale di medicina sarà annessa al 1° Congresso di quest' associazione fissato **per le vacanze di Pasqua 1900**, per mostrare tutto ciò che la Sicilia produce in attinenza alle scienze mediche. Al Congresso si potranno prendere gli accordi opportuni per scegliere le produzioni da mostrare e far ben figurare il nucleo siciliano al congresso internazionale di Parigi.

I temi generali fissati per il I Congresso dell'Associazione siciliana sono:

1. La calcolosi delle vie urinarie. Prof. Tansini, Clemente.
2. L'echinococco del pulmone. Prof. Rummo.
3. L'echinococco del fegato. Prof. Tomaselli.

Il prof. Argento leggerà una relazione su di *un consiglio dell' ordine dei medici distrettuale e regionale.*

Tutti i medici che intendono associarsi e prender parte al futuro Congresso, per ora debbono mandare la loro adesione, e volendo anche il titolo delle loro comunicazioni, indirizzandosi al

Professore G. Rummo

per il comitato dell'Associazione medico-chirurgica siciliana.

Palermo

Ecco lo

Statuto dell'Associazione medico-chirurgica siciliana

Capitolo I. — *Titolo, scopo, composizione e sede dell'Associazione*

Art. 1°. — I medici-chirurgi esercenti in Sicilia, sotto gli auspicii dei Direttori delle Cliniche ufficiali delle R. Università di Sicilia, si costituiscono in associazione con il nome di Associazione medico-chirurgica siciliana.

Art. 2°. Scopo dell' Associazione è la difesa degl'interessi scientifici, morali e materiali del ceto medico ed in ispecial modo dei soci di fronte alle pubbliche Amministrazioni e ai privati, la fratellanza, la concordia, lo scambievole aiuto scientifico fra i soci. Sarà inoltre

scopo precipuo della Associazione di promuovere, con apposite riunioni, congressi, conferenze, l'illustrazione, la discussione accademica di argomenti scientifici, riguardanti specialmente le forme morbose più frequenti dell'isola.

Art. 3°.—I lavori dei congressi annuali consteranno di relazioni, di comunicazioni e di dimostrazioni scientifiche.

Art. 4°. — L'Associazione è retta da un Consiglio Direttivo di soci fondatori, costituito da tutti i professori ufficiali ordinari e straordinari delle Cliniche universitarie siciliane.

Art. 5°. Il Consiglio Direttivo è costituito da un Presidente, da due Vice-presidenti e da quindici consiglieri.

Art. 6°. — Il Presidente ed i due Vice-presidenti sono nominati dal Consiglio Direttivo dei soci fondatori per votazione fra i professori ordinari, Direttori delle Cliniche ufficiali dell'isola: durano in carica per un anno e non possono essere rieletti se non dopo trascorsi tre anni dalla nomina.

Art. 7°. — Gli altri Direttori di Clinica, che non sono eletti alla carica di Presidente o Vice-presidente, assumono di dritto la nomina di consiglieri e fanno parte integrale del Consiglio Direttivo.

Art. 8°. — A coadiuvare l'ufficio di Presidenza verrà nominato un Segretario, quattro Vice-segretari ed un economo-cassiere.

Art. 9°. — Il Segretario, i Vice-segretari, l'Economo-cassiere sono nominati dal Consiglio dei soci fondatori tra i soci ordinari, durano in carica per un biennio e possono essere rieletti.

Art. 10°. — Il comitato promotore dei congressi, annuali o biennali, è costituito da sei soci fondatori, compresi il Presidente ed i due Vice-presidenti, di cui un Vice-presidente e due membri debbono essere scelti fra i Direttori delle Cliniche universitarie di Palermo.

Art. 11°. — Quando il Presidente è scelto fra i professori della R. Università di Palermo, cessa l'obbligo di scegliere un Vice-presidente nel seno dei medesimi.

Art. 12°. — Il segretario e l'economo-cassiere debbono avere sede stabile in Palermo.

Art. 13°. Le riunioni dell'Associazione sono annuali, e si terranno alternativamente nelle diverse città principali dell'isola, che verranno designate anno per anno dall'assemblea di tutti i soci fondatori ed ordinari.

Art. 14. — Fuori le riunioni annuali l'Associazioni ha tre sedi principali stabili; una a Palermo, una a Catania, una a Messina.

Art. 15°. — A reggere queste sedi sarà nominato dal Consiglio Direttivo, tra i sei professori di Clinica della rispettiva Università, un Presidente e due Consiglieri.

Art. 16°. — Il Presidente ed i due Consiglieri delle tre sedi universitarie dureranno in carica due anni, non potranno essere rieletti. Il Presidente avrà per aiuto un vice-segretario di sua fiducia scelto fra i soci ordinari.

Art. 17°. — Queste sedi cureranno l'iscrizione regolare dei soci, gli interessi amministrativi regionali a cui la sede appartiene: Catania per le province di Catania e di Siracusa, Messina per la provincia di Messina, e Palermo per le altre province di Sicilia, cureranno la propaganda dell'Associazione nelle rispettive province.

Art. 18°. — I comitati di Catania e di Messina comunicheranno col comitato centrale di Palermo, a cui spediranno la nota dei soci e verseranno le quote pagate dai medesimi.

Capitolo II. — *Dei Socii*

Art. 19°. — Vi sono tre categorie di soci: fondatori, onorarii, ordinarii.

Art. 20°. — Sono soci fondatori i Direttori delle Cliniche delle R. Università della Sicilia.

Art. 21°. — Sono soci onorari tutti gli altri professori ufficiali delle facoltà mediche delle R. Università dell'Isola, che non fanno parte della categoria dei soci fondatori, e quelli per i quali il Consiglio dei soci fondatori, sopra proposta di due membri, avrà votato questa distinzione nella proporzione di due terzi dei soci.

Art. 22°. Sono soci ordinari i medici e chirurgi esercenti in Sicilia, che facciano regolare domanda di iscrizione al comitato di una delle tre sedi dell'Associazione.

Art. 23°. — I soci onorari sono esentati di tassa annuale di pagamento, possono intervenire semplicemente alle sedute e prendere parte alle discussioni scientifiche, ma non possono occupare nessuna carica.

Art. 24°. I soci fondatori contribuiscono alle spese dell'Associazione con una tassa annuale di lire 25.

Art. 25°. — I soci ordinari pagheranno anticipatamente ogni anno una tangente in lire 5 ed una tassa di entrata unica di lire 2 ed avranno diritto di prender parte alle sedute scientifiche, alle sedute in cui si discuteranno i principali problemi riguardanti gli interessi morali e materiali del ceto medico. Inoltre avranno dritto ad un diploma di distinzione, alla tessera di riconoscimento ed alla pubblicazione annuale degli atti del Congresso.

Socii fondatori dell'Associaz. medico-chirurgica siciliana

R. Università di Palermo

prof. Rummo
prof. Tansini
prof. Chiarleoni
prof. Angelucci
prof. Tommasoli
prof. Mondino

R. Univ. di Catania

prof. Tomaselli
prof. Clemente
prof. D'Abundo
prof. Cosentino
prof. De Luca
prof. Francaviglia

R. Univ. di Messina

prof. Crisafulli
prof. Scimemi
prof. Colella
prof. Salomoni
prof. Melle

Per il Comitato promotore
Prof. G. RUMMO
direttore della Clinica Medica di Palermo

LAVORI ORIGINALI

Istituto Anatomo-patologico della R. Univ. di Catania
diretto dal prof. A. PETRONE

NUOVO METODO PER VALUTARE L' ISOTONIA DEI CORPUSCOLI ROSSI DELL'UOMO E DI ALTRI MAMMIFERI IN CONDIZIONI FISIOLOGICHE.

Dottor S. Drago, assistente

(*Continuazione e fine*)

Nel possesso di questo risultato istituì una serie di indagini allo scopo di preparare soluzioni contenenti da un lato una quantità gradatamente più piccola di iodo, dall' altro una quantità gradatamente maggiore, di modo che colle prime soluzioni poteva aver l' agio di constatare sino a qual punto il iodo compensasse l'azione emolitica dell'acqua, e colle altre quale fosse il limite massimo di resistenza del globulo all' azione demolitrice del iodo medesimo.

All'uopo furono preparate 20 soluzioni iodo-iodurate nel seguente modo: ponendo rispettivamente in ciascuna provetta cmc. 5; 4, 75; 4, 50; 4, 25 sino a 0, 25 di acqua distillata, faceva cadere in ognuna di esse una goccia della seguente soluzione iodo-iodurata madre, che indico colla lettera B.

Iodo metallico	gr.	1
Ioduro di potassio	»	2
Acqua distillata.	»	40 (1)

Di guisa che poteva con esse, così come fece il prof. Petrone col solo esame microscopico aver l'agio di stabilire: 1° il limite massimo di resistenza delle emazie all'azione emolitica dell' acqua (formazione di ombre, *isotonia minima o ipoisotonia*); 2° quale soluzione, ove il iodo compensando l'azione solvente dell'acqua, mantenesse conservate le emazie e ne facesse risaltare la struttura intima (*isotonia media o strutturale*), 3° in quale soluzione le emazie restassero omogenee, così come appariscono nel sangue circolante (*isotonia massima o iperisotonia*).

Mescolando a ciascuna delle dette soluzioni un decimo di mmc. di sangue, estratto e misurato come si è detto, e agitando leggermente il miscuglio, mi accinsi all' osservazione microscopica, che per ciascuna soluzione mi fornì i seguenti reperti.

(1) Una goccia di quest'altra soluzione contiene mmgr. 1,25 di iodo e mmgr. 2,50 di ioduro di potassio.

1. soluzione — Profonda dissoluzione globulare, sino a non vedersi più nulla sotto il campo microscopico.

2. soluzione — Profonda emoglobinolisi e notevole produzione di ombre; pochissime emazie presentano l'emoglobina frammentata a granuli grossi staccati tra loro. Rari leucociti integri; qualche globulino con emoglobina intatta e senza apparenza nucleare.

3. soluzione — Tutte le emazie conservano l'emoglobina frammentata a granuli grossi e staccati tra loro. Globulini conservatissimi. Nessuna apparenza nucleare.

4. soluzione — Emazie conservatissime, con emoglobina nettamente granulosa, ma a granuli compatti; il nucleo si vede, ma ridotto, coartato.

5. soluzione — Emazie con emoglobina finamente granulare; il nucleo risalta nel modo più reciso. Globulini anch'essi conservati, con nucleo grosso.

6. soluzione — Emazie con emoglobina finamente granulare e nucleo abbastanza bene appariscente.

8. soluzione — Emazie con emoglobina quasi omogenea, il nucleo poco meno evidente.

9. soluzione — Reperto identico.

10. soluzione — idem

11. soluzione — L'emoglobina più omogenea fa meno distintamente apprezzare il nucleo.

12. soluzione — Diventata ancor più omogenea l'emoglobina, il nucleo appare meno evidentemente.

13. soluzione — Emoglobina più omogenea e discreto risalto del nucleo.

14. soluzione — Emoglobina quasi del tutto omogenea e il nucleo traspare soltanto.

15. soluzione — Per l' emoglobina intatta e per nulla modificata, il nucleo non appare.

16. soluzione — Reperto identico.

17. idem — idem

18. idem — Emazie grosse e di media grandezza sformate, rarissimi globulini integri, senza apparenza nucleare.

19. soluzione — Reperto identico.

20. soluzione — Tutte le emazie sono profondamente alterate.

Tenuto presente il concetto fondamentale cui queste nuove ricerche d' isotonia sono informate, è chiaro che i risultati ottenuti conducono a conclusioni degne di nota.

Si è osservato come dalla prima alla quinta provetta, a misura che il mestruo contiene

minore quantità di acqua, lo sgregamento della emoglobina si mostri a gradi diversi, onde, a prescindere dalla 1. soluzione che tutto scioglie, nella 2. soluzione sono risoluti completamente emoglobina e nucleo restando solo gli scheletri; nella 3. l'emoglobina è frammentata a granuli grossi e staccati, e il nucleo non appare; nella 4. l'emoglobina è pure frammentata, ma a granuli compatti, e il nucleo, sebbene evidente è coartato e ridotto, e nella 5. il nucleo risalta in modo perfetto dalla circostante emoglobina finamente granulare.

Prescindendo per ora dai reperti forniti dall'osservazione del miscuglio emo-iodo iodurato della 1ª 2ª 3ª provetta, parrebbe a prima giunta che la quarta soluzione indicasse il grado medio di resistenza dei globuli rossi, dal momento che emoglobina e nucleo sono conservati nell'interno delle emazie. Ciò sarebbe a mio avviso un errore, perchè il trovare nell'interno dei globuli rossi il nucleo coartato in quella guisa e immiserito, testimonia che mentre l'acqua ha leso l'emoglobina sino al punto da farla apparire sotto l'aspetto granulare compatto, non è stata sufficientemente cariolitica, anche perchè, come ha provato il Petrone, il nucleo resiste più dell'emoglobina all'azione solvente dell'acqua.

Per converso, non è così delle emazie venute a contatto colla 5. soluzione, perchè la azione conservatrice del iodo elidendo l'azione emo-cariolitica dell'acqua, l'emoglobina si presenta molto più finamente granulare e il nucleo risalta nel modo più spiccato; di guisa che *la resistenza media o strutturale*, come l'ha chiamata felicemente il Petrone, equivale in provetta al titolo di quest'ultima soluzione (acqua distillata cm. 4: iodo mmgr. 1, 25, ioduro di potassio mmgr. 2, 50).

Così, dal momento che l'emoglobina e il nucleo delle emazie venuto a contatto colla soluzione della 2. provetta, vengono sciolti, finchè restano soltanto appariscenti gli scheletri cruorici, *la resistenza minima* del sangue normale alle soluzioni iodo-iodurate equivale al titolo della 2. soluzione (acqua distillata cmc. 4, 75 = iodo mmgr. 1, 25, ioduro di potassio mmgr. 2,50). E poichè la omogeneità dell'emoglobina diventa sempre più accentuata dalla 9. alla 15. soluzione, nella quale le emazie si conservano così come nel sangue circolante, il titolo di quest'ultima soluzione rappresenterebbe il grado di resistenza massima delle emazie (acqua distillata cmc. 1, 50: iodo metallico mmgr. 1, 25, ioduro di potassio mmgr. 2, 50).

Tra i varii gradi di resistenza havvi un distacco di 2-9 provette che possono giovare per la ricerca di essi negli stati morbosi, ove si presentino variamente aumentati o diminuiti.

Seguendo le stesse norme e coll'impiego di egual numero di provette, può anche andar valutato il valore isotonico delle emazie di varie specie animali.

Essendo noto dagli studii del Petrone che i corpuscoli rossi del cane rimangono immutati, se la loro estrazione non si faccia in una soluzione iodurata a titolo differente da quella impiegata per il sangue umano (iodo 1, ioduro di potassio 2, acqua distillata 350), contenente cioè un sesto di più della quantità del comune liquido di Lugol, per saggiare in provetta la resistenza delle emazie del cane, così come ho fatto per le emazie dell'uomo, ho dovuto aumentare di un sesto la quantità di acqua delle soluzioni adoperate pel sangue umano, ed ottenuto alla 2, 5, 15, soluzione i gradi di resistenza minima, media e massima dei corpuscoli rossi del cane.

Circa il valore isotonico delle emazie di altri mammiferi (cavia, topo, gatto, capra) mi riserbo con altra memoria di pubblicare i risultati delle osservazioni, fatte con lo stesso metodo.

Soltanto voglio qui notare alcune particolarità tratte dalle osservazioni precedentemente fatte, che secondo me avrebbero un certo valore nei casi in cui quelle medesime particolarità si rilevassero dall'esame di un sangue alterato da una causa morbosa.

Da reperti ematologici riportati per ciascuna soluzione si è visto come in alcune di esse le emazie, pur soffrendo dissoluzione completa dell'emoglobina, qualche piccolo globulo rosso mantenga immutato il suo contenuto (2. provetta, e moltissimi se ne conservino integri nella 3.: si è visto anche come nella 18. soluzione le emazie grosse e medie perdano la loro forma, e se ne conservi intatta qualcuna delle piccole, per subire poi anche queste gli effetti deleterî dalla 20. soluzione.

Dice molto a mio avviso tale reperto, specialmente nei casi in cui le presenti ricerche s'impieghino per sangue attaccato da qualsiasi causa morbosa, e questa deduzione viene anche confermata dalla mia precedente osservazione

fatta in collaborazione col Dottor A. Motta Coco, colla quale potemmo constatare nel sangue di una inferma di scorbuto la resistenza massima dei microciti nella comune soluzione di Lugol, laddove i normoblasti per conservarsi integri e modificarsi nel loro contenuto, dovevano essere estratti in Lugol con l'aggiunta di 5-10 centgr. di iodo.

Il D.r A. Motta Coco aveva osservato nel sangue embrionale che i globuli più giovani sono i più piccoli e gli adulti i più grossi, dacchè potè seguire le emazie nella loro evoluzione.

Ora, è facile nelle varie contingenze cliniche, seguendo il mio metodo, constatare un fatto di rigenerazione del sangue, tutte le volte che si osservino conservati i microciti nelle soluzioni a titolo debole di iodo, laddove si dovrebbe emettere un giudizio contrario in casi nei quali nella stessa soluzione (n. 3) non si conservino in quantità sufficiente i globuli a piccolo diametro, perchè evidentemente, se ne esistessero, si sarebbero mantenuti in tale soluzione che precedentemente si è mostrata isotonica per le piccole emazie.

Sento il dovere di ringraziare il Maestro prof. Petrone che mise a mia disposizione mezzi e consigli per la compilazione di questo lavoro, che è specchio fedele dei nuovi metodi da lui proposti per lo studio intimo delle emazie.

BIBLIOGRAFIA

Landois, Eulenburg, Realencyklopädie, 2 Aufg, Bd. 3. — Laker, *Wiener. med. Presse* 1890. — Malassez. Sur la numeration des globules sanguins, *Thèse de Paris* 1873. — Chanel. Recherches sur la résistance des hematies, *Thèse de Lyon* 1880. — Mosso. Rendiconti della R. Accad. dei Lincei, 3 aprile 1887. — Maragliano. Atti dell'Accad. medica di Genova 1885-1887. — Hamburger. *Arch. für Physiol.* 1886 pag. 476 e 1887 pag. 31. — Vicarelli. Sull'isotonia del sangue negli ultimi mesi di gravidanza, ect. *Rivista di ostetricia e ginecologia.* Torino 1891. — Agostini Sull'isotonia del sangue negli alienati. *Rivista sperimentale di freniatria e Med legale.* Vol. XVIII 1892. — Cavazzani. Il sublimato e la resistenza del sangue. *Riforma Med* Anno 7. Vol. 4. — Castellino. Alterazioni del sangue nella pneumonite fibrinosa. Atti della Società Ligustica di Scienze Naturali. Anno 3. fasc. 4. — Gallerani. Résistance de la combinaison entre l'hémoglobine et le stroma des corpuscles sanguins dans le jeûne. *Arch. ital. de Biologie,* t. 18 pag. 463. — Viola. Alcune note intorno l'isotonia dei corpuscoli rossi etc. *Gazzetta di Ospedali e delle Cliniche* 1894. — Vivenza, citato nel '*Morgagni* 1897 pag. 138, p. 1. - Biso. *Lo Sperimentale* 1891. — Manca. *Lo Sperimentale* 1894. — Cutore. Azione della chinina sull'isotonia e sul numero dei corpuscoli rossi del sangue, specialmente malarico, *Il Policlinico,* marzo 1896. — Fulloni. *Il Morgagni,* p. 1. 1897, pag. 138. — Petrone. Sull'esistenza del nucleo nel globulo rosso adulto dei mammiferi. Atti della R. Accad. Medico-chirurg. di Napoli Anno L, n. 3. — Idem, L'esistenza del nucleo nell'emazia adulta dei mammiferi. Atti dell'Accad. Gioenia di Scienze Naturali in Catania. Vol. XI, Serie 4. 1897. — Dottori A. Motta Coco e S. Drago. Reperto ematologico in un caso di scorbuto. Contributo alla genesi della coagulazione del sangue. *Bollettino dell' Accad. Gioenia di Scienze Naturali* in Catania 1899. — A. Petrone, Morfologia e chimismo dell'emazia, applicazioni cliniche. Atti dell'Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania, Vol. XII, Serie 4. 1899. — *Gazzetta degli Osped. e delle Cliniche,* n. 61, 1898.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE S. ANTOINE DI PARIGI

Thiercelin e Rosenthal

Un caso di meningite cerebro-spinale acuta dell'adulto, dovuta al meningococco con setticemia costatata durante la vita. — Il 29 gennaio 1899, un giovane di 24 anni entrò all'ospedale con fiera cefalea, mentre presentava delle croste irregolari, secche sulla mucosa dei cornetti a livello delle ossa nasali. Per un colpo ricevuto sulla bocca gli si ferì il labbro superiore, che si tumefece e si ricoprì di una crosta spessa giallastra. Dal 29 gennaio si cominciò a constatare ingorgo nelle ghiandole cervicali sinistre posteriori. Gli apici respirano male, la cefalea continua, e si conclude per le alterazioni dovute alla scrofola tardiva, facendo delle riserve per lo stato delle meningi. Temperatura 38° 6. Il 3 febbraio: temperatura 37° 6, stato locale migliorato, cefalea atroce. Il 4° temperatura 38°, 4. Il 5 si svolge il quadro franco della meningite; polso 90, respiro 20, cefalea atrocissima, vomito, movimenti della testa difficoltati, ventre retratto a barca, stria vasomotrice, costipazione, riflessi normali. Il 6 temperatura a 39°, polso a 72; questa dissociazione del polso e della temperatura dura per tre giorni; nella notte; delirio ed agitazione, la rigidità nucale è considerevole. Il 7 ineguaglianza pupillare per dilatazione della pupilla sinistra. L'8 la paralisi oculare è scomparsa; appare il segno di Kernig; la notte delirio calmo; due o tre volte al minuto il cuore pare arrestarsi. Il 9 assopimento grave; temperatura 39°, 6; il 10 temperatura 38°, 8. L'11 stato generale cattivissimo; soppressione dell'intelligenza; palpebra sinistra ptosica; temperatura 38°, 9 e 38°, 8. Il 12 stato disperato; sudori profusi; leggero delirio di azione. Il 13 coma; temperatura 38°, Il 14 temperatura 40°, morte alle 6 ½ del mattino.

Il sangue estratto dalla vena, il 12 febbraio fu seminato; quello estratto con il sanguisugio inoculato ai sorci, produsse la morte in 48 ore.

Il sangue del cuore dimostrò dei meningococchi, come quello estratto dalla vena. Infine una puntura lombare fatta dopo la morte permise di far costatare nel liquido cefalo-rachidico il meningococco. L'autopsia non venne fatta; ma solo questa diagnosi poteva esser fatta di meningite da meningococco, poichè per quella tubercolare mancava il dimagramento ed il decorso speciale. In questo caso come nell' altro comunicato alla *Société médicale des hôpiteaux* il 17 febbraio, il meningococco presentava le stesse proprietà biologiche. È interessante per la clinica la presenza del meningococco nel sangue, poichè può servire a fissare una diagnosi esitante. La questione della presenza del meningococco in coltura quasi pura nelle fosse nasali e nelle croste del labbro in questo giovane, solleva una questione di patogenesi. Se si conferma che il meningococco è l' ospite abituale delle fosse nasali, non è logico supporre che il microbo sia divenuto virulento a livello d'una affezione locale, che abbia invaso il sangue secondariamente, per andare a localizzarsi in una terza fase a livello delle meningi? Tale è la spiegazione che propongono gli autori per questo caso. Era curioso in questo vedere aggravarsi lo stato del malato a misura che la febbre si abbassava.

Il meningococco del sangue si è dimostrato virulentissimo, ed ha ucciso il sorcio in 24 ore ed il coniglio in pochi giorni. La capsule del meningococco erano facili a costatarsi nel sangue del cuore dei conigli. Spesso assume la forma a catenetta, cosicchè lo si potrebbe confondere con lo streptococco. Il meningococco occupa un posto intermediario tra lo pneumococco e lo streptococco. ed ha rapporti stretti con l'enterococco.

OSPEDALE LAËNNEC DI PARIGI — Merklen

La radiografia nella diagnosi etiologica delle nevralgie intercosto-brachiali ribelli.

Le nevralgie intercostali od intercosto-brachiali ostinate, resistenti a qualsiasi terapia, fanno supporre una compressione fatta sui nervi dorsali o sulle loro branche anteriori o a livello dei forami di coniugazione, per lo più per male di Pott, o nell'interno del torace per tumori del mediastino o più spesso per aneurisma dell' arco aortico.

Un uomo di 62 anni presentava tutti i segni di una polinevralgia intercostale più intensa a destra e negli spazî superiori. Il cuore, l'aorta, i polmoni erano sani e si pensò dapprincipio ad una semplice nevralgia d'origine nervosa, tanto più che l'infermo presentava qualche segno d'isterismo: esisteva un' iperestesia cutanea in tutta la metà sinistra del corpo, ed una larga chiazza anestesica sulla faccia anteriore della coscia destra. L'esame radiografico del torace in questo individuo dimostrò la presenza di due ombre anormali, l'una di forma arrotondita sul lato sinistro della 3ª e 4ª vertebra dorsale, l' altra triangolare a base inferiore sul lato destro della colonna vertebrale, a cominciare della 4ª 5ª vertebra dorsale fino al diaframma. Il margine netto di questa seconda zona non permetteva di attribuirla al cuore. La prima ipotesi fu che si trattasse di un aneurisma della parte posteriore dell'arco aortico, rappresentato dall'ombra sinistra, ma poiché essa si estendeva all'innanzi delle vertebre ed esisteva nello stesso tempo l'altra ombra triangolare, era più probabile l'ipotesi di male di Pott con ascessi da congestione. Un nuovo esame complicò la diagnosi, perchè si notò un dolore vivo premendo sull'apofisi piccola dalla 3ª vertebra dorsale, e l'ammalato stando in piedi immobilizzava tutta la regione cervico-dorsale.

Un altro individuo presentava lo stesso tipo di nevralgia intercosto brachiale persistente e ribelle. Era una donna di 51 anni con endoaortite cronica ed aneurisma aortico, diagnosi che poteva esser fatta col semplice esame semeiologico. La radiografia confermò e precisò la diagnosi: sul lato sinistro della 3ª e 4ª vertebra dorsale esisteva una ombra arrotondita che si continuava in basso con l'ombra del cuore ed occupava una parte notevole del lato sinistro del torace.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Seduta dell'11 luglio 1899.

Hayem. **Sugli elementi linfatici del cavallo.** — Dallo esame microscopico della linfa nel cavallo si rileva come quasi tutti i globuli bianchi di cui è composto appartengono ad una sola varietà. Sono di grandezza variabile. I più grandi hanno il diametro dei polinucleari del sangue, i più piccoli hanno un diametro inferiore a quello delle emazie, e va da 5 μ a 6 μ. Nei preparati fatti col bleù di metilene, sono fortemente coloriti in bleù, granulosi, con contorno leggermente irregolare, e più chiari al centro che alla periferia. Ciò indica che i globuli bianchi della linfa sono costituiti da un grosso nucleo, relativamente poco colorabile, nel quale non si vedono nucleoli, e da un disco di protoplasma poco abbondante attorno al nucleo. I preparati di linfa sono sprovvist di mononucleari chiari, i globuli che essi contengono sono dei mononucleari opachi, simili a quelli del sangue, colla differenza che nel sangue non si trovano i piccoli elementi che si trovano nella linfa, il cui diametro è inferiore a quello delle emazie. Risulta da questo studio che ai mononucleari opachi del sangue bisogna conservare il nome di linfociti.

Hayem. **Sui globuli bianchi del sangue del cavallo.** — Nel sangue del cavallo oltre i piccoli mononucleari chiari e i mononucleari opachi si riscontra un pic-

colo numero di grandi mononucleari chiari con un diametro eguale o anche maggiore dei polinucleari e che presentano un grosso nucleo a contorni irregolari. I polinucleari del cavallo sono notevoli per la loro omogeneità. Infine il sangue del cavallo mostra tra i globuli bianchi alcuni elementi a grosse granulazioni colorantesi col bleù di metilene, ma restano incolori nei preparati trattati colla eosina, e colla ematcina o colla soluzione triacida di Ehrlich. In Germania sono designate col nome di *mastzellen*. Nel sangue dell'uomo non si vedono così bene come nel sangue del cavallo.

Gouget. **Tossicità comparata degli agenti del coma diabetico, introdotti per iniezione intra-cerebrale.** — Generalmente si attribuisce il coma diabetico ad una intossicazione acida, poco però si sa sulla natura e sulla tossicità degli acidi che ne sono la causa. Gouget per risolvere la quistione ha applicato il metodo delle iniezioni intracerebrali, sperimentando sulle cavie la tossicità dell'acetone, dell'etere acetilacetico, dell'acido etildiacetico e dell'acido ossibutirrico. Di queste quattro sostanze la più tossica per il cervello è l'acido ossibutirrico, il minimum di tossicità spetta all'etere etildiacetico. Se si pensa che l'acido ossibutirrico è stato trovato nell'urina dei diabetici comatosi a dosi alte (160 grammi), è logico attribuire a quest'acido il primo posto nella patogenia dagli accidenti del coma.

Gouget. **Appendicite follicolare da pioemia sperimentale.** — Clinicamente l'appendicite sembra, in gran numero di casi, che derivi da diverse malattie generali e sperimentalmente si è riprodotta una appendicite follicolare in seguita ad infezione del sangue col pneumobacillo, bacillo tifico, streptobacillo e anche colle tossine pneumococciche e stafilococciche. Gouget ha osservato un caso del genere in un coniglio che in seguito ad una iniezione di urina settica, ebbe un ascesso locale. L'autopsia mostrò i gangli mesenterici suppurati, un ascesso della milza e una appendicite follicolare. L'esame batteriologico del pus mostrò lo stafilococco. Si trattava di una pioemia localizzata agli organi linfoidi.

Charrin e Levaditi. **Embolie cellulari in un caso di tifoide.** — Hanno esaminato gli organi di una donna, morta in seguito ad una febbre tifoidea ed oltre le lesioni intestinali caratteristiche hanno constatato in alcuni capillari, l'esistenza di elementi organici, cellulari, carichi di grasso. Evidentemente erano dei detriti provenienti dagli organi, che la malattia, aveva per così dire, disgregati dalle loro parti costitutive,

Toulouse e Marchand. **Influenza dello stare a letto sul peso del corpo.** — Hanno studiato questa quistione sugli alienati, e hanno veduto che in generale lo stare a letto provoca dimagramento negli individui tendenti alla cachessia, come i paralitici generali, e arresta l'accrescimento di quelli, che hanno tendenza ad aumentare di peso, come i convalescenti.

Courmont e Cade. **Trasmissione della sostanza agglutinante coll'allattamento.** — Hanno visto che il potere agglutinante del latte della nutrice si trasmette agli umori del lattante, e ciò è stato osservato in un caso di febbre tifoidea.

Nicolas. **Tubercolosi umana e aviaria.**—In seguito a numerose culture crede di stabilire che i due microbi della tubercolosi umana e aviaria sono suscettibili di rivestire macroscopicamente diversi aspetti, sia di ravvicinamento, sia di divergenza.

Gréhant. **Diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.** — Presenta, a nome di Orion, una nota sulla diagnosi precoce della tubercolosi a mezzo del calcolo della formula respiratoria nell'uomo e delle misure spirometriche.

Retterer. **Accrescimento delle cartilagini d'ossificazione.** — Espone delle vedute originali sull'accrescimento delle cartilagini d'ossificazione dei canali vascolari, e sulla trasformazione delle cellule epiteliali in cellule connettive.

Seduta del 15 luglio 1899.

Roger e Garnier. **Un caso di mastite cancrenosa.**— Hanno osservato una donna con mastite cancrenosa la quale aveva partorito da poco tempo ed era stata contemporaneamente affetta da scarlatina. L'esame del pus permise di riconoscere la presenza di un micrococco speciale che gli oratori hanno potuto isolare facilmente, e che ha un potere patogeno molto marcato specie sui conigli. In quanto alla mastite guarì in tre settimane, grazie al trattamento coll'acqua ossigenata.

Mongour e Buard. **Siero-diagnosi della tubercolosi polmonare.** — Inviano i risultati delle loro ricerche riferentesi a questo soggetto, e insistono sulla necessità di verificare lo aspetto delle culture prima di impiegarle per la siero-diagnostica.

Hugouneuq e Doyon. **Disintegrazione del tessuto epatico.** — Fanno pervenire alla società il riassunto dei loro lavori sulla disintegrazione del tessuto epatico nel fegato separato dall'organismo.

Phisalix. **Sull'echidnasi.** — È un fermento salivare caratteristico del veleno della vipera, segregato da elementi ghiandolari speciali che funzionano di un modo indipendente. Nella soluzione glicerinata di veleno di vipera, l'echidba, vi agisce sulle echidno-tossine come un fermento digestivo; questa azione è favorita dalla elevazione della temperatura.

Boinet. **Funzione delle capsule surrenali.** — In seguito alla ablazione di entrambe le capsule surrenali per via lombare in 59 topi ha osservato una

sopravvivenza media di 5 a 20 giorni. Ha potuto constatare alla autopsia un topo voluminoso con delle picchiettature emorragiche. Il polmone, il fegato, il rene erano congestionati, esisteva una grande quantità di pigmento nei gangli linfatici, nella milza e nel fegato. La splenectomia praticata nei topi decapsulati provoca rapidamente la morte.

Thomas. **Atrofie cellulari consecutive alle lesioni del cervelletto.** — Dalle esperienze fatte nei cani, conchiude che la degenerazione del peduncolo cerebellare medio consecutiva ad una distruzione di un emisfero cerebelloso è in realtà secondaria all'atrofia secondaria del nucleo crociato del ponte. Dapprima si avrebbe atrofia e scomparsa delle cellule del nucleo crociato del ponte; indi degenerazione consecutiva del peduncolo cerebelloso medio.

Charrin e Langlois. **Modificazioni organiche dei neonati per influenza delle malattie materne.** — Hanno esaminato l' azione esercitata sulla pressione sanguigna dagli estratti di capsule surrenali raccolte da differenti neonati. Gli estratti derivati da capsule di neonati figli di madri tifose e cancerigne, iniettati in animali normali producevano elevazione della pressione sanguigna. Un altro tracciato fu preso da un cane che aveva iniettato nel sangue l'estratto acquoso salato e glicerinato di capsule di bimbo morto in seguito a bronco-pneumonite rapida, e si ebbe anche elevazione della pressione.

Chantemesse ha potuto constatare che l'estratto glicerinato di capsule surrenali di tifosi morti in piena evoluzione della malattia si mostrava inattivo iniettato nelle vene di alcuni animali. È logico supporre che nei tifosi esista nel corso della malattia una certa insufficienza delle capsule surrenali.

Movimento biologico universale

1. Picard, a proposito dei « **tumori della fossa cerebrale media** » dice che essi possono dar luogo a due ordini di sintomi: a dei sintomi di compressione generale dell'encefalo, sovente poco pronunziati e a sintomi di irritazione, di compressione e di distruzione locale, variabili secondo la sede del tumore nella fossa cerebrale media. Se il tumore non è di natura sifilitica, il medico non avrà sventuratamente altra risorsa terapeutica che la medicazione puramente sintomatica (*Thèse de Paris* 1898-99).

2. Chahiniau, a proposito della « **neurastenia femminile** » ritiene che nella etiologia è la causa morale che domina. Il trattamento consisterà in una buona educazione morale e fisica a cominciare fin dalla prima infanzia. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

3. Voisin presenta alla Società medica degli ospedali di Parigi, due fanciulli uno di 13 e l'altro di 17 anni affetti da « **epilessia e da demenza paralitica spasmodica consecutiva** ». Entrambi sono divenuti dementi in seguito ad una serie prolungata di accessi epilettici. (*Société mèdicale des hôpitaux*, 16 luglio 1899).

4. Von Bergmann riferisce un caso di « **epilessia jaksoniana** » guarita colla trapanazione. Dopo la 1ª trapanazione che diede luogo all'uscita di pus si ebbe un miglioramento e non una guarigione, poichè restò anche un seno fistoloso, però essendo intervenuti una seconda volta, si trovò un sequestro osseo che asportato, diede luogo alla perfetta guarigione del paziente. (*La Presse mèdicale*. n. 56, 15 luglio 1899).

5. Hauser, pubblica un caso di « **steno-cardia infantile** » osservata in un bambino di quattordici mesi, che presentava dopo la sua nascita una dispnea cronica e raucedine, vi era aumento dell'aia cardiaca, ma non soffio, nè irregolarità del polso. Morì subitaneamente. All'autopsia si trovò ipertrofia enorme biventricolare e fatti di endocardite fetale. (*La Presse mèdicale*, n. 56, 15 luglio 1899).

6. Vialard studia i « **disturbi nervosi cardio-polmonari, consecutivi alle affezioni gastriche.** » I disturbi cardio-polmonari osservati nel corso delle gastropatie sono: la dispnea, le palpitazioni, le crisi di pseudo-angina di petto, la bradicardia, la tachicardia; l'aritmia. Essi colpiscono in generale i nevropatici e compaiono durante il periodo digestivo. La più verosimile fra le teorie patogenetiche è la teoria riflessa e la meccanica. Vialard mostra i buoni effetti di un trattamento diretto verso lo stomaco e non verso il cuore e i polmoni. Questa cura deve essere sopratutto igienica. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

7. Mircouche presenta alla Società anatomica di Parigi, il cuore di un fanciullo di quattordici anni morto di meningite tubercolare. Si constata una « **pericardite adesiva totale** » di natura tubercolare. Si trattava di un processo di cirrosi cardio-tubercolare, arrestato nella sua evoluzione dall' episodio meningeo. (*La Presse mèdicale*, n. 52, luglio 1899).

8. Lefas riferisce su di un caso di « **cirrosi ipertrofica senza ittero, d'origine biliare** ». Il malato entrò in uno stato che simulava l'uremia e che non era altro se non un delirio per auto-intossicazione d'origine epatica. Si trattava istologicamente di una cirrosi ipertrofica d'origine biliare con ritenzione biliare, a focolai limitati. La milza era di volume medio. (*Société anatomique*, 2 giugno 1899).

9. Ribierre presenta un caso di « **cirrosi con ittero, a tipo istologico monocellulare in un tubercolotico** » All'autopsia, oltre ad una tubercolosi polmonare, si riscontrò un fegato considerevolmente ipertrofico, durissimo, infiltrato di bile,

con nessun accenno di lobulazione normale, con piccoli lobuli giallastri, piuttosto che con vere granulazioni. Istologicamente si trattava di una sclerosi perilobulare ed intratrabecolare, che finì alla dissociazione degli elementi della gittata epatica, in una parola, di una cirrosi monocellulare. Vi era dilatazione dei capillari sanguigni. La milza era voluminosa, consistente. Si trattava, insomma di una cirrosi difficile a classificarsi, osservata in un tubercolotico non sifilitico, nè malarico ed alcoolista (*Société anatomique*, 26 maggio 1899).

10. FRINGUET ha osservato un' **« epidemia d'ittero »** nei bambini di una stessa scuola. Gli agenti di questa angiocolite sono ignoti. I microbi normali dell'intestino erano in causa. Sfuggiva ancora il modo di propagazione di questa infezione. I sintomi eran quasi sempre gli stessi: malessere generale, anoressia, nausee, vomiti, epistassi, costipazione, fegato grosso e talora doloroso, milza un po' grossa, rallentamento del polso, ittero. La prognosi è stata benigna. Si diedero i purganti, i salini, l'acqua di Vichy, le tisane di orzo. (*La Presse médicale*, n. 53, 5 luglio 1899).

TECNICA CHIRURGICA

LA TECNICA DEGLI INNESTI ALLA THIERSCH

Bisogna preparare un rasoio da istologo, una spatola larga e gomitata, che può essere sostituita da una valvola gomitata d'isterectomia, due pinzette fini ad uncini, delle forbici fini, una sonda scanalata, un cucchiaio per il recentamento della superficie, del cotone, della garza spremuta, dopo di essere stata imbevuta di una soluzione di cloruro di sodio al 7 0|00, del silk protettivo. Un innesto di debole estensione, potrebbe praticarsi sotto l'anestesia cocainica, grazie a due iniezioni trasversali, realizzanti l'insensibilità della regione sotto-giacente. Ma, in maniera generale, l'anestesia cloroformica è necessaria.

Condizione necessaria per la riuscita dell'operazione è l'asepsi. Nelle piaghe granulanti l'asepsi non è mai assoluta; se esistono dei punti in isfacelo, suppuranti, bisogna attendere, le gemme esuberanti saranno represse con il nitrato d'argento o con la tintura di iodo. Sotto l'influenza dei bagni antisettici caldi, della polverizzazione continua, dell'inviluppo nelle compresse umide si vede la membrana granulante vivificarsi. Come medicatura si rinunzierà all'acido fenico e salicilico, e si ricorrerà invece alle soluzioni deboli di sublimato, al jodoformio, all'ittiolo.

Una superficie granulante rossa, a bottoni regolari, senza esuberanze, costituisce un buon terreno per il trapiantamento.

È di una buona prognosi il fatto che la cicatrice marginale si avanza vigorosamente, sotto l'aspetto d'una listerella di un bianco bluastro.

Per mettere la superficie granuleggiante in istato di ricevere l'innesto, si raschia con il cucchiaio o con un bisturi molto bene affilato. lo strato superficiale di essa. non temendo di raschiare sino all'aponevrosi se le granulazioni sono assai molli, friabili.

Gli innesti vengon presi generalmente sulla faccia anteriore ed esterna della coscia. Il campo operativo è insaponato, spazzolato con l'alcool, lavato al sublimato, asciugato fortemente con una compressa sterile. Per tagliare dei lembi larghi regolari, di costante spessore, la pelle deve essere ben tesa da un aiuto. Quindi con la mano destra si applica a piatto il rasoio sulla pelle della coscia, deprimendo questa pelle al davanti del tagliente; la si tagli così nella metà del suo spessore circa e si continui regolarmente a tagliare con un rapido movimento di va e vieni, ad archetto. Il lembo si raccoglie in pieghe regolari sulla lama a misura che la mano sinistra indietreggia per mantenere una tensione eguale davanti al cammino del rasoio. Quando si giudica che il lembo abbia la lunghezza conveniente, con un colpo netto si taglia trasversalmente. I lembi così possono acquistare delle lunghezze di cm. 15-25.

Sulla superficie che rimane si produce un gemizio di sangue corrispondente alla sezione delle papille (i lembi di Thiersch son costituiti dallo strato epidermico e dallo strato superficiale papillare del derma).

I lembi son quindi condotti per scivolamento su di una larga spatola gomitata, su cui si versa qualche goccia di siero artificiale sterile, ricorrendo anco, per lo svolgimento di essi, alle pinzette a denti fini.

Questa spatola è quindi appoggiata sul margine della piaga, tenuta rigorosamente parallellamente alla superficie da coprire; il collocamento del lembo verrà fatto secondo il grande asse di questa superficie. Si fissa con una sonda scanalata l'estremo del lembo sul margine stesso della piaga, e con un movimento regolare si allontana la spatola in senso inverso: il lembo si dispiega e si applica. Con il rasoio la manovra è la stessa. Se i margini più fini del lembo si accartocciano, bisogna rettificarli mediante le pinze o con la sonda scanalata, avendo cura d'umettarli con un po' di siero artificiale.

Quando si applicano parecchi lembi, questi debbono oltrepassare i margini della piaga, e debbono essere mutuamente tangenti. I lembi corti si adopereranno per colmare gli angoli.

A misura che i lembi sono collocati un assistente li comprime nella piaga dolcemente con delle compresse imbevute di siero artificiale. La superficie

è così ricoverta di lembi embricati, di un tono violaceo.

La medicatura dev' essere asettica: si copre la superficie innestata con piccole striscie di silk, di 1-2 cm. di larghezza, embricate; al disopra si dispone una serie di striscie di garza sterile imbevuta di siero artificiale, ed infine uno strato di cotone. L'arto sarà posto in una doccia.

Se l'asepsi è perfetta non si rimuova nulla sino all' 8° giorno: i neo-capillari non si formano che verso il 4° giorno (Djatschinsko). Fra le due superficie vive esiste uno strato intermediario più o meno spesso formato da un reticolo fibrinoso che contiene nelle maglie del plasma sanguigno e dei globuli rossi. Più questo strato, risultante dalle emorragie delle gemme, è sottile, più l'adesione è sicura: quindi è necessaria un' emostasi perfetta. Nelle prime ore si osserva dal lato della superficie innestata una proliferazione attiva di cellule connettivali ed endoteliali dei vasi; dal lato dell'innesto, delle cellule migratrici. Dopo la 9ª ora dei nuclei penetrano nell'innesto seguendo gli antichi vasi (Garrè). Poi lo strato corneo dei lembi si rammollisce, si solleva: s'innalzano delle flittene. Nel 2° 3° giorno gli elementi fibro-plastici sono abbondanti; i globuli sanguigni scompaiono. Verso il 4. giorno dei vasi di neo-formazione penetrano nella faccia profonda dell'innesto, che é sede di una proliferazione abbondante che finisce alla formazione di gemme, mentre l'essudato intermediario si riassorbe. Lo strato corneo si ripara, i vasi antichi scompaiono: uno strato di connettivo sostituisce lo strato intermediario. Da questo momento l'innesto è nutrito dai vasi neo-formati. Verso il 4° o 5° giorno l'essudato è completamente scomparso.

I trapiantamenti in genere necessitano una ventina di giorni, e sulle piaghe fresche ancor meno. I lembi che non attecchiscono si riconoscono dal loro colore giallastro; quelli che vivono sono rosei ed aderenti. Dal 4. giorno quella aderenza è capace di resistere ad una leggera frizione. Se i lembi non furono embricati si osservano degli spazii lineari rossastri, dovuti alle granulazioni intercalari che ritardano la riparazione. Del resto anco in un innesto perfetto le linee tangenti sono più colorate (Forgue. *La Semaine médicale,* n. 31, 19 luglio 1899); per un certo tempo la pelle nuova mostra delle strie che corrispondono ad esse, che spiccano sul tegumento vicino che è pallido e come verniciato. La sensibilità vi compare dopo lungo tempo. La resistenza di questo nuovo tessuto è variabile; esso è solido sulle piaghe fresche, resta fragile dopo lo innesto nelle vecchie bruciature, nelle regioni esposte agli attriti ed alle contusioni, sulle gambe dei varicosi.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell'*Archivio per le scienze mediche,* diretto da Bizzozero, vol. XXIII, n. 2, anno 1899.

1, Bombicci. **Sui caratteri morfologici della cellula nervosa durante lo sviluppo.**—Le sue ricerche furon fatte sull'embrione di pollo ed unicamente sulle cellule gangliari del midollo spinale. Come metodi di colorazione si è servito del classico metodo di Nissl, servendosi tanto della tionina e del bleu di metilene, quanto dell' ematossilina. Dalle sue esperienze risulta che le cellule gangliari non si sviluppano tutte contemporaneamente. ma ad uno stesso stadio se ne trovano alcune in formazioni più avanzate ed altre in formazione più retrograda. La cellula gangliare comincia a presentarsi nei primi istanti con il solo nucleo, ovoidale, provveduto internamente di numerosi granuli di cromalina. Questo nucleo, o neuroblasta, modifica i caratteri proprii soltanto nei primi stadii di sviluppo, poscia si arresta e non subisce più oltre per se stesso variazioni apprezzabili. Le modificazioni, riferibili a tutta quanta la cellula nervosa, s' iniziano tra il 6° e l'8° giorno, e consistono in una graduale e non regolare apposizione di sostanza protoplasmatica al neuroblasta stesso. Questa sostanza, più che il protoplasma adulto, rappresenterebbe. secondo il Bombicci, una delle parti elementari ond'esso é costituito. Il protoplasma si presenta dapprima con una struttura delicata amorfa, e possiede un lievissimo grado di differenziabilità dalle altre parti del tessuto nervoso, diviene in seguito omogeneamente striato, si suddivide in corpi cromatici (circa al 15° giorno) e raggiunge in fine un fortissimo grado di differenziabilità. Il volume delle cellule gangliari è massimo al momento della nascita del feto. Il Bombicci, infine non scorgendo una sola cellula gangliare in cariocinesi, ammette che la moltiplicazione delle cellule gangliari. contrariamente a ciò che si osserva frequentemente negli elementi degli altri organi e tessuti embrionali, non avvenga.

2. Gorini. **Il controllo del vaccino mediante le inoculazioni corneali.**—Per il controllo del vaccino si può ricorrere vantaggiosamente alle inoculazioni corneali nel coniglio, purchè s'inoculino almeno tre conigli (6 cornee), si facciano incisioni accuratamente limitate e superficiali, si osservi quotidianamente il processo macroscopico per i primi 3 giorni per controllare la purezza della linfa, si esaminino microscopicamente le cornee di 3-24 ore e, nel caso di reazione, le cornee appartenenti al periodo di remissione dell'infiammazione per controllare l'attività del vaccino. Il vaccino genuino, cioè privo di germi estranei (contenuto nelle pustole illese), per quanto freschissimo, concentrato o

non addizionato di glicerina, non dà, alle inoculazioni corneali, nessun fenomeno manifesto di reazione infiammatoria nei primi tre giorni. Un vaccino preparato *lege artis*, sovratutto poi se ha già soggiornato qualche tempo, per quanto breve, in glicerina, come non contiene di regola batterii piogeni virulenti, così non dà alle inoculazioni corneali gravi e persistenti fenomeni di infiammazione e segnatamente non dà ipopion nelle prime 3-24 ore; ma, al più, esso può provocare opacamenti corneali ed iniezioni congiuntivali leggere e di breve durata (24-48 ore). Un vaccino preparato *lege artis*, dopo un certo periodo di conservazione in glicerina, dà sicuramente esito normale, cioè senza fenomeni infiammatorii nei primi 3 giorni, alle inoculazioni corneali. Questo periodo, quando il contenuto di glicerina è all'incirca del 50 0|0, può variare da 4-8 settimane, che è appunto l'età ritenuta comunemente necessaria per la completa purificazione della linfa.

Circa il controllo dell'efficacia, i risultati principali possono essere così riassunti: nè il vaccino inattivo, nè la glicerina (mestruo abituale del vaccino), nè i germi estranei che più comunemente si trovano nel vaccino, sono capaci di provocare un'alterazione microscopica dell'epitelio corneale anteriore, che possa essere scambiata con quella prodotta dal vaccino; le impurità abituali, inevitabili del vaccino preparato *lege artis*, non sono in grado di impedire il riscontro delle lesioni microscopiche caratteristiche dell'infezione vaccinica della cornea; per l'osservazione microscopica, si può, nella maggior parte dei casi, invece del metodo delle sezioni, ricorrere al metodo del raschiamento, rendendo così possibile di completare il controllo del vaccino in tre giorni. Perciò, volendo diffondere nel pubblico una linfa normale ed efficace, bisogna attenersi al controllo fisiologico, ricorrendo alle iniezioni corneali.

3. Fieschi. **Sui processi di embolismo infettante nei centri nervosi e sulla genesi degli ascessi cerebrali.** — Con la iniezione nella carotide di emboli (raschiatura di patate sovra cui furon coltivati gli staph. piog. aurei) carichi di piogeni si possono, contro il parere del Wirtz, ottenere degli ascessi cerebrali. Con lo stesso mezzo si possono ottenere, benchè assai più raramente, ascessi della retina e dell'iride (contro i risultati del Singer). Non osservò mai ascessi nè emboli fissi nel cervelletto. Il trauma inflitto sul capo ad alcuni animali non ha portato modificazioni nell'andamento dell'affezione per sè già estremamente grave. Il riflesso esofageo nei cani è l'ultimo a scomparire. Nei primi stadii il cervello è iperemico, negli ultimi pallido, idropico. In tutti gli animali si formò nefrite gravissima. Ogni ascesso è circondato da una zona di distruzione, la quale è a sua volta avviluppata da tessuto idropico. Le cellule nervose già nella zona idropica (veleni batterici) presentano segni di degenerazione, i cui estremi appariscono nella fascia di distruzione; nell'ascesso non esistono che i frammenti di esse. In questa zona le cellule nervose presentano le seguenti alterazioni: degenerazioni varicose dei prolungamenti protoplasmatici, vacuolizzazione dei prolungamenti stessi e del corpo cellulare, cromatolisi progressiva, ma irregolare e variante di aspetto sui varii lati di uno stesso elemento. Infine atrofia e distruzione completa delle cellule. Non vi ha cariocinesi nelle cellule nervose, in quelle di nevroglia. C'è movimento nucleare negli endotelii dei vasi e delle guaine, in alcuni leucociti, cariocinesi manifesta nei corpuscoli ovalari connettivi. I piogeni procedono tanto per le vie sanguigne, che per le vie linfatiche.

L'invasione delle cellule nervose da parte degli stafilococchi non è mai visibile, stantechè esse vanno perdute nelle zone idropiche (veleni batterici) che precedono la formazione dei focolai. La loro primitiva degenerazione è l'idropica, che si rivela con i metodi comuni di Nissl e Golgi. Le ectasie vasali sono fino ad un certo punto controbilanciate dall'idrope perivasale; molte volte però (forse per azione diretta degli stafilococchi) avviene rottura di vasi con emorraggia nelle guaine del Robin. I globuli rossi negli ascessi all'ottavo giorno sono quasi completamente distrutti. Le forme polinucleari dei leucociti sono più numerose nei preparati di 8 giorni che non in quelli di 3 giorni. I corpuscoli ovalari, che manifestano attive cariocinesi, si mostrano tondeggianti nei primi giorni, mentre negli ultimi si fanno fusati e mandano dei prolungamenti. Questi corpuscoli si debbono interpretare come cellule connettive che andrebbero a formare la cicatrice. In ciò consiste l'unico accenno di riparazione: il compimento della cicatrice è interrotto dalla morte dell'animale in preda a violenta nefrite. Così la cellula nervosa non si trova mai impigliata in un ascesso; perchè essa va distrutta pria della formazione di quello, quando tutti gli elementi cerebrali (cellule nervose di nevroglia, endoteli vasali, endotelii delle guaine emazie, ecc..) vanno in distruzione per i guasti della circolazione e sotto l'azione dei veleni batterici, i leucociti ed i corpuscoli ovalari soltanto si mostrano ancora vivi.

4. Benedicenti e Wehmeyer. **Sulla causa della scissione chetonica nell'organismo.** —

La scissione degli eteri β-chetonici nell'organismo è dovuta ad un fermento del genere dell'istozima di Schmiedeberg il quale agisce facendo entrare una molecola di acqua in reazione. Il fermento che produce la scissione chetonica non è contenuto in un solo organo, ma in diversi organi e nel sangue. Gli organi dotati delle proprietà di includere l'etere in chetone sono in grado

decrescente: il fegato, i reni, i muscoli, la milza, l'encefalo. La temperatura elevata distrugge il fermento; gli acidi inorganici, ed organici, il sublimato corrosivo producono lo stesso effetto. La decomposizione dell'etere in chetone é influenzata molto dalla temperatura alla quale la reazione avviene e dalla durata del tempo per il quale l'organo rimane in contatto con l'etere. I muscoli tetanizzati decompongono più facilmente l'etere in chetone; forse le sostanze che si producono durante il lavoro muscolare esercitano un'influenza sulla scissione chetonica degli eteri β-chetonici.

FORMULARIO

Huchard. — **Contro l'angina di petto**

Ioduro di sodio	gr.	20
Acqua	»	300

Due cucchiai al giorno.

G. Sée. —**Pozione contro la dispnea cardiaca**

Idrato di cloralio	gr.	2 - 4
Ioduro di potassio	»	1 - 2
Giulebbe gommoso	»	120

Un cucchiaio ogni ora.

Daucher. — **Contro la forma emorragica del vaiuolo con accidenti bronco-pneumonici.**

1.
Estratto molle di chinchina	gr.	2 - 4
Tintura di cannella	»	2 - 4
Sciroppo di scorze d'arancio	»	30
Vino tannico di Banyuls	»	70

2. Si prescriva l'etere in pozione contro la debolezza e la frequenza del polso.

3. Contemporaneamente si darà la seguente pozione:

Tintura di digitale	gocce XVI
Vino di chinchina al malaga.	gr. 120

a cucchiai da zuppa.

3. Se il ragazzo è arrivato all'età di 10, 12 anni, gli si somministreranno durante il mattino, tre o quattro cartine così composte :

Antipirina	ctgr.	30
Solfato di chinina	gr.	15

per 1 cartina. Di queste n. 12.

5. Isolamento del ragazzo; disinfezione del letto e della biancheria. Licenziamento dalle scuole al primo caso grave o mortale (otite, bronco-polmonite, difterite).

NOTIZIE E VARIETÀ

Per la difesa contro la tubercolosi

Il ministero dell'interno ha diramato ai prefetti del regno una circolare per promuovere l'organizzazione della difesa contro la tubercolosi.

Dopo aver constatato la refrattarietà della tubercolosi all'efficacia dei mezzi messi in opera contro di essa dalla scienza, e la lotta che contro il terribile male si va organizzando in Italia sotto il patronato di S. M. il Re, ed alla quale il governo intende partecipare con tutte le sue forze, la circolare fa appello alle autorità ed alle amministrazioni perchè concorrano all'opera nella misura cui a ciascuno spetta, ed invita i prefetti a secondare efficacemente l'iniziativa degli istituti, comitati. sodalizi e cittadini che si adopreranno in pro' della reclamata difesa.

La circolare continua invitando i prefetti a ricordare alle amministrazioni ospitaliere e alle direzioni di ricoveri, ospizi ed istituti pubblici e collettivi in genere il disposto della circolare ministeriale 10 maggio 1897; che prescrive i tisici sieno negli ospedali completamente separati dagli altri infermi.

Analoga esortazione dovrà essere rivolta ai proprietari di fabbriche, perchè vogliano prevvedere alla visita dei propri operai ed all'adozione delle conseguenti misure igieniche.

La circolare si chiude esprimendo la fiducia del Governo nell'opera che i prefetti, coadiuvati dai medici provinciali e dalle dipendenti amministrazioni, daranno per la tutela della pubblica incolumità.

Per la lotta contro la tubercolosi

A Milano, la Commissione per l'istituzione di un Sanatorio per tubercolosi poveri, presieduta dal dottor Gatti, rivolse alla popolazione un caldo invito allo scopo di adunare i fondi necessarii: secondo il calcolo della Commissione occorrono 5000 lire per letto.

A Bergamo nei locali della Poliambulanza si è tenuta un'adunanza preparatoria per costituire un Comitato della Lega nazionale.

A Pistoja i dottori Bechelli, Giovannelli, Malfatti, Mazzei G., Mazzei L. e Selmi, si sono costituiti in Comitato, per contribuire al miglior esito della Lega nazionale contro la tubercolosi. Si terrà presto una conferenza.

Associazione francese di urologia

Questa associazione terrà la sua IV° sessione a Parigi dal 16 al 21 ottobre, sotto la presidenza del Prof. Guyon. La questione messa all'ordine del giorno è: *Delle ematurie delle essenziali*, e riferiranno Malherbe e Legueu.

PICCOLA POSTA

B. A. Sassari. Non è nostra mancanza se lei non ha ricevuto i numeri. Sono stati spediti a Sennori, dietro sua richiesta. Li richiegga a quell'ufficio.

G. S. Calasetta. Le abbiamo spedito il n. 151. Ci displace di non poterle spedire il fascicolo della *Terapia Clinica* che non si vende separatamente.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

I metodi terapeutici della Clinica medica di Roma

(PROF. GUIDO BACCELLI)

Resoconto del Dott. V. ASCOLI, aiuto alla Clinica (1)

Nei 30 anni circa da che la Clinica di Roma è posta sotto la direzione del prof. Baccelli, s'è venuta arricchendo di metodi di cura così particolari e così solidamente assicurati da lunga esperienza, che è venuto ormai il momento di presentarli in modo sintetico nel loro complesso ai medici italiani. É stata idea felice del prof. Rummo che una tale rivista seguita dall' esposizione dei metodi clinici in uso nelle nostre cliniche si riassumessero a conforto della genialità italiana.

I nostri medici approfitteranno nel tempo stesso della guida del Clinico di Roma al *letto dell'infermo;* poichè il nostro maestro rifugge in clinica deliberatamente dalle vedute speculative, e non muove se non dallo studio coscenzioso e scrupoloso del malato.

La terapia non si stacca dalla clinica senza perdere immediatamente il suo obbiettivo, la sua ragion d'essere: dovunque essa escogiti un metodo curativo o un medicamento non riescirà a far loro assumere importanza e valore se non dopo che l'esperienza clinica li ha sanzionati.

Spesso il Clinico di Roma ripete, nelle sue lezioni, l'aforisma di Hildebrandt che ogni per quanto piccolo avvedimento possa conferire a perfezionare la diagnosi, non dev' essere trascurato dal medico non mai pago di prove: egualmente le osservazioni e deduzioni terapeutiche non dovranno trarsi che dall' esame dei casi clinici più evidenti e meglio provati.

La diagnosi è la sovrana potenza del clinico, insiste Baccelli: *essa è la suprema necessità della cura.* Diagnosi e cura hanno da procedere di pari passo, nella ben composta armonia che deve regnare tra il fine che ci si propone e i mezzi atti a raggiungerlo.

La salute di coloro che si affidano a lui dev'essere la più nobile aspirazione del clinico.

Tendendo a fini così elevati e nello stesso tempo sì direttamente legati all'esercizio pratico, il Direttore della Clinica di Roma s'è giovato d'ogni genere di argomenti con i criterii più obbiettivi, seguendo il più puro eclettismo. Fra le sostanze chimiche, la chinina e i suoi sali, il ferro, l'acido fenico, l'ossigeno; tra i presidii terapeutici di indole fisica, l'introduzione del nitrato d'argento nelle cavità empiematiche, l'uso della molla da orologio nel sacco di taluni aneurismi, il salasso in genere e quello al piede in modo speciale; le iniezioni endovenose anzitutto di chinino e quindi di sublimato.

Io non potrò certo riprodurre il largo contingente di esperienza che profonde nelle sue lezioni. Troppo a lungo dovrei intrattenermi non solo per esporre le vedute personali sopra molti argomenti di patologia, ma soltanto i savii suggerimenti ch' egli dà ai suoi allievi nelle più diverse contingenze della pratica, per esempio circa l'uso della digitale o delle pratiche idroterapiche, l'uso del nitrato d'argento negli stadii dell'ulcera peptica remoti dall' emorragia, le cartine drastiche da lui dette *idragoghe* negli scompensi circolatorii, ecc.

Mi limiterò invece ad esporre obbiettivamente e in modo sommario, lasciando da parte le vedute diagnostiche, i frutti dell'esperienza clinica del nostro maestro, quali ho in gran parte personalmente raccolti in circa 10 anni di studio sotto la sapiente sua direzione, fermandomi agli argomenti cui ha portato non solo largo contributo personale di studi, ma la sua geniale iniziativa.

Per semplificare l' esposizione, dividerò la materia per capitoli, segnalando le singole pubblicazioni del prof. Baccelli e tenendo il massimo conto delle pubbliche lezioni cliniche ch'egli ha svolto nella sua scuola frequentatissima da studenti, medici e anche professori.

(1) Il prof. Rummo, voleva pubblicare una serie di memorie che in breve riassumessero l' indirizzo terapeutico delle Cliniche italiane. Quest'idea ci ha suggerito una veduta più ampia e più bella di cui diamo conto nel *Bollettino della Riforma Medica.* *Nota della Redazione*

I. — Chinina e suoi sali

Avendo sempre esercitato l'arte medica in Roma, dove la malaria è, com'ei dice, *il nostro fuoco di fila*, è naturale che il Baccelli volgesse a preferenza la attenzione sull'alcaloide che di questa infezione si può considerare veramente rimedio specifico.

I suoi studi terapeutici possono raggrupparsi in due periodi: nel 1° si occupò dell'arseniato di chinina; nel 2° introdusse le soluzioni di cloridrato di chinina nelle vene.

a) *L'arseniato di chinina e la mistura antimalarica* (1). — Fra le sostanze più poderose per la reintegrazione dei danni indotti dalla malaria erano già prima del 1870 la chinina e l'arsenico. Parve quindi che la formazione di un sale composto di acido arsenicico e di chinina dovesse fornire il *non plus ultra* dell'azione desiderata.

L'arseniato di chinina era allora creduto un rimedio *eroico-tossico*, e si gareggiava da tutti nel confinarlo al minimo della dose. Si propinava a pochi centigrammi per dose. Le *paure officiali* consacrate nei trattati non s'imposero al Baccelli, che, sperimentando questo rimedio sotto la direzione del suo maestro Benedetto Viale, aveva notato non rari gli insuccessi e costante l'assenza di fenomeni riferibili ad azione tossica. Ascesa la cattedra di Clinica dopo pochi anni fu indotto a sperimentare per suo conto dosi a poco a poco più grandi, cedendo più alla obbiettiva osservazione dei fatti che non al ritegno imposto dai libri al suo venerato maestro. Partendo da questi dati di sua osservazione, intraprese rigorosi esperimenti per *dimostrare* una volta di più la fallacia di alcuni precetti aprioristici, che pur si trovano largamente imposti da moltissime opere di medicina.

Seguendo i dettami della prudenza, che è e sarà sempre uno dei pregi più cospicui d'un pratico, cominciò con le esperienze sugli animali. Assicuratosi mercè esatta preparazione dell'arsenico e mercè multiple analisi di controllo della bontà del prodotto in esame, ne somministrò ad un cane di media taglia a dosi successive 70 centigrammi, a due altri invece gr. 1,20 per ciascuno in una volta sola.

Nessun cane mostrò il menomo risentimento.

Tali risultati l'incoraggiarono a passare agli esperimenti sull'uomo. Fissò prima esattamente la portata del lavoro: lo studio delle alte dosi di arseniato di chinina non doveva detrarre valore alle piccole e ripetute somministrazioni del farmaco che contavano in favor loro qualche fatto degnissimo di fede, ma stabilire gli effetti delle dosi alte, quando per buone ragioni di pratica fossero necessarie.

La somministrazione fu fatta sempre davanti agli studiosi in 20 malarici, servendosi della dose massima di 60 centigr., della quantità giornaliera massima di gr. 2,10 e minima di 60 centigr.

Nella metà degli individui sottoposti all'arseniato non si ebbero disordini gastro-intestinali o appena sintomi invalutabili; negli altri 10 in cui fenomeni gastro-intestinali precedevano, in alcuni non si accrebbero affatto, e negli altri 5 la forma emeto-catartica fu più sentita, ma conservò tutti i caratteri ordinari, e non uno ne presentò che potesse elevare il sospetto di un'azione tossica del farmaco.

Tenendo conto dei disturbi sempre lievi generati da dosi forti, 20-25 centigr. di arsenico così introdotto; della mancanza del bruciore di stomaco, della sete, dello stringimento alle fauci, dell'ambascia e dei fenomeni tutti riferibili ad avvelenamento arsenicale; e d'altronde considerando che i malarici hanno stasi nel piccolo circolo venoso addominale ed essa riesce a destare catarri gastro-enterici per sè sotto le minime e più ovvie cause comuni (cangiamenti dietetici, atmosferici, ecc.), e che le esperienze erano condotte nella stagione estiva; si vedrà agevolmente che *nessuna relazione poteva stabilirsi tra il catarro gastrico, la diarrea ed il vomito nel grado, nel modo, nel tempo onde avvennero negli infermi, ed un'azione velenosa.*

Nello stesso tempo si notò il ritardo notevole e, più spesso, il difetto dei noti sintomi del chinismo.

Come effetto della scarsa azione del chinino, va considerato il numero (4) non trascurabile degli insuccessi terapeutici contro la malaria e la frequenza delle recidive constatate in breve giro di giorni.

Furono fatte le analisi più rigorose delle urine, sia nella Clinica, sia in gabinetti chimici: non si potè, naturalmente, ritrovare il sale somministrato, ma, in maniera evidentissima i suoi componenti: l'arsenico e la chinina.

Ma lo sperimentatore non poteva dichiararsi ancora soddisfatto: poichè nello stomaco, a contatto di liquidi acidi, l'arseniato di chinina rinviene le condizioni più idonee alla sua solubilità e quindi al successivo assorbimento; onde è, si chiedeva, che la dose alta di arsenico introdotta è rimasta senza azione tossica? *Solubilità non equivalendo a sdoppiabilità*, Baccelli si domandò se l'arseniato di chinina non avesse potuto attraversare l'umana economia senza sdoppiarsi e conservando una combinazione capace di eliminare l'effetto tossico che i componenti avrebbero esercitato da soli, se, cioè, la chinina non esercitasse un'azione antidotale di fronte all'acido arsenicico.

Pur non dissimulandosi l'arditezza della sua supposizione, volle cimentarla all'esperimento. Somministrò a tre cani 15 centigr. di acido arsenicico e ad altri tre 20 centigr., aggiungendovi sempre una dose proporzionata di idrato di chinina: i cani non risentirono gran che l'azione dell'arsenico.

---

(1) *L'arseniato di chinina e le febbri da malaria.* Lezione clinica pel cav. prof. Guido Baccelli. Archivio di medicina, chirurgia ed igiene. — Roma, 1870.

Da ciò egli concluse soltanto per l' *attendibilità* della sua ipotesi, che avrebbe acquistato alla certezza, se si fosse rinvenuto l'arseniato di chinina nelle urine, e per l'*opportunità* di insistere su ulteriori ricerche circa la questione dell'azione antidotica delle due sostanze.

Dal suo studio dedusse che l' arseniato di chinina poteva amministrarsi alla dose del solfato, senza pericolo di avvelenamento sì, ma anche con effetti minori, e che l'asserzione di tutte le farmacopee: *Arseniato di chinina, dose minima, effetto massimo*, si avrebbe ragione migliore di cangiarla in quest'altra: *Arseniato di chinina, dose massima, effetto minimo.*

Dopo uno studio sì luminoso nella logica stringente dei fatti, e dopo lo studio che il Murri seguitò sull' *arseniato di chinina ad alte dosi*, questo sale di chinino andò perdendo diffusione, ed oggi pochi forse lo ricordano ancora.

Ma alla mente di clinico sì acuto osservatore dei fatti e sì fervido del bene degli ammalati, non conveniva che tali ricerche mettessero capo a risultati tutt'affatto negativi.

Che se la possibilità che la chinina servisse quasi da antidoto dell' arsenico è il frutto di un'acuta disamina di fatti scrupolosamente accertati, l' esperienza clinica, menomamente messa in dubbio nella lezione sopra riassunta, che l'arseniato aveva dato buoni effetti in casi speciali, ed era raccomandato da clinici di valore, doveva condurre a investigare le speciali indicazioni dell'arsenico e dei sali di chinina nella malaria. Dall' arseniato di chinina Baccelli aveva notato fenomeni chiaramente riferibili ad azione tonica ed eccitante sui tessuti e sugli apparecchi (1).

Baccelli riconosceva ancora che l' azione della chinina nella malaria a buon dritto si nomina *specifica*, pur essendo *arcano* il modo di agire: ed ammetteva inoltre nell' arsenico il rimedio contro lo stato paralitico che la malaria induce nel sistema nervoso ganglionare, e nel ferro, il farmaco reintegratore del globulo rosso. La chinina combatte l' infezione, gli altri due rimedi sono intesi a vincere i relitti di essa. Il prof. Baccelli indicò allora una formola che riesce mirabilmente nelle inveterate febbri autunnali e negli stati cachettici da malaria: una formola in cui una certa dose di un sale di chinina è congiunta all'arsenico e al ferro, suoi gagliardi alleati:

Solfato di chinina	gr.	4
Tartrato ferrico potassico. .	gr.	10
Acido arsenicico puro .	centigr.	10
Acqua	gr.	300

Il Baccelli se ne serve così: una cucchiaiata ogni ora nel giorno che succede alla febbre; il secondo giorno una ogni due ore; il terzo una ogni tre ore, e così via digradando fino ad una cucchiaiata la mattina ed un'altra la sera. I fatti, diceva già sin dal 1869, avevano sempre corrisposto alla sua aspettazione.

Questa pozione va col nome di *mistura antimalarica Baccelli.* Lascia invero un abbondante precipitato, così che dev'essere, ad ogni somministrazione, ben bene agitata; è poco grata, tanto alla vista, quanto al gusto; pure il suo uso è generalizzato. I vantaggi sono ogni giorno riconosciuti nei nostri grandi ospedali, dove viene metodicamente ordinata nelle indicate condizioni di febbri autunnali ribelli e di cachessia malarica. Nella cura della malaria ai farmaci volle congiunte le regole dietetiche e le misure igieniche. Perciò, aggiungeva il Clinico di Roma, *non fa mestieri ricordarvi che i convalescenti abbisognano di cibo ristoratore, di carni mature appena arrostite, di vino generoso, specialmente rosso ed asciutto, di sonno e moto proporzionato alla fralezza superstite: di vestire intimamente di lana, di evitare gli sbilanci termici, i bagni caldi e tutto ciò che possa debilitare l'organismo, dal patema dell'animo all' abuso dei sensi, dalla inerzia assoluta alla fatica eccessiva.*

b) *Le iniezioni endovenose dei sali di chinina nell' infezione malarica.* — Dopo questi studi che rimontano al 1869-70 il Baccelli illustrò con vedute personali l'infezione malarica, specie dal lato clinico in parecchi lavori, finchè nel 1889, dovendo dettare una relazione sulla *Patologia della malaria* per il II Congresso di medicina interna, ritornò alla terapia con un metodo nuovo, ardimentoso e fortunato per introdurre i sali di china nell' organismo, il metodo endovenoso (1).

Da oltre un ventennio egli aveva, con una serie di logiche deduzioni, stabilito che nella malaria era colpito il globulo rosso del sangue: gli studi nuovi avevano stabilito che questo globulo era veramente l' ospite del microparassita causa di questa infezione. E poichè era assicurata l'azione deleterìa pei sali di chinina sui microorganismi e specie sugli infusorii, il Baccelli volle portarli al contatto dei globuli sanguigni sia per avere più rapida e poderosa l' azione del farmaco divino sui pericolanti, sia per vedere anche se potesse ottenersi l'effetto massimo col mezzo minimo.

Riconosciuti, sperimentando sugli animali, i danni delle soluzioni acide dei sali di chinina e l'innocuità di dosi anche straordinarie se neutre, passò ad usare nell'uomo la formula seguente:

Idroclorato di chinina .	gr.	1
Cloruro sodico	»	0,075
Acqua distillata . . .	»	10.

Tale soluzione è limpida, se, come deve farsi sempre, è adoperata tiepida.

Il metodo col quale ei fece praticare le iniezioni endovenose è il seguente:

Si scelgono le vene degli arti, ma quelle dei superiori sono preferibili. Dovendosi fare

(1) *La perniciosità.* Lezione clinica. Archivio di medicina, chirurgia e igiene, 1869.

(1) Le iniezioni endovenose dei sali di china nella infezione di malaria. *Rif. Medica*, 1890.

una serie di iniezioni, si preferiscano, specialmente per le prime, le vene piccole, perchè al punto dell'iniezione, spesso, se non sempre, si costituisce un trombo.

Le regioni più adatte sono le flessorie, ove la pelle è più sottile, e più facilmente quindi traversata dall'ago della siringa. Lavare e disinfettare accuratamente la regione prescelta. Per le vene dell'arto superiore stringere, mediante una buona legatura, la parte media del braccio, così da rendere bene appariscenti quelle poste nelle vicinanze della piega del gomito. Le vene, se devono divenire chiaramente visibili, non devono inturgidire soverchio, nè tanto da far prominenza alla superficie della pelle: in tal caso sfuggono con facilità alla punzione. La legatura deve essere fissata con un nodo a laccio, facile ad essere sciolto in un istante.

La siringa è la comune di Pravaz o quella da 5 cmc. (da calomelano). L'ago dev'essere ben tagliente alla punta; possibilmente si rinnovi dopo una o due punture. Ago e siringa devono essere bene sterilizzati.

La soluzione da iniettare deve essere asettica, e ripetutamente filtrata e tiepida.

Tutto preparato, il malato tiene il braccio esteso, si punge una delle vene (preferibilmente piccola) della piega del gomito. Si scioglie la legatura al braccio. Si inietta un po' del liquido: se l'ago è nella vena, allora non si forma alcun bozza e l'infermo non sente alcun dolore. Il contrario avviene quando il liquido si spande nel derma.

Se l'ago è nella vena, si introduce (spingendo lentamente e senza scosse lo stantuffo) *quasi tutto* il liquido. Del liquido se ne fa rimanere un po' nella siringa per evitare che qualche esile bolla d'aria penetri nella vena; a questo scopo, oltre a ciò, si ritiene possibilmente la siringa disposta dall'alto al basso. Terminato di iniettare il liquido, si comprime la vena al disopra della sezione punta; si disinfetta la piccolo ferita, onde fuoriesce una goccia di sangue. E si fa una fasciatura antisettica usuale.

Neanche a dirlo, l'iniezione dev'essere fatta nella direzione del percorso del sangue venoso.

Se l'iniezione è eseguita con queste regole e riesce bene, non v'è nè reazione dolorosa nè alcun inconveniente locale.

Le dosi piccole (10-20 centigr.) furono abbandonate presto come insufficienti: le dosi medie (50-70 centgr.) dettero diminuzione e interruzione delle febbri, non evitando però le recidive: le dosi alte (80 centig.-1 gr.) invece corrisposero brillantemente e per l'innocuità assoluta e per l'immancabile effetto terapeutico: si videro talora soltanto i sintomi del chinismo, di breve durata e di intensità varia secondo gl'individui.

Questa dose, tenuto conto della massa del sangue, corrisponde perfettamente al titolo della soluzione chininica (1 per 5000) necessario, secondo le ricerche di Binz e quelle più esatte di Rossbach, perchè essa sia attiva contro gli infusorii. L'insuccesso che talora s'incontra con la somministrazione di due grammi e più per le vie ipodermica e digerente dev'essere forse ascritto a lentezza di assorbimento per ragioni patologiche.

Con le iniezioni intravenose di dosi insufficienti si videro guarigioni insperate e in tali condizioni di gravità da potersi dire miracolose. E il Baccelli poteva presentare al Congresso internazionale di Berlino, nel 1891, una statistica di 30 casi di perniciose (6 subcontinue e 24 comitate) tutti guariti con le iniezioni endovenose di fronte a 16 casi che con le iniezioni sottocutanee offrirono 5 morti (1).

Da quell'epoca ad oggi l'uso delle iniezioni endovenose di cloridrato di chinina è divenuto quasi comune nei nostri ospedali, nei casi, si intende, di febbri perniciose.

A tali gravi evenienze dev'essere riservato questo nuovo metodo di cura: nelle più comuni forme d'infezione malarica bastano la somministrazione *per os* e *l'ipodermica*.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA MENDEL IN BERLINO

***Contributo alla casistica dei tumori del cervelletto* — Arnheim**

I tumori del cervelletto non costituiscono, come è noto della rarità, specialmente nell'età infantile. Oppenheim dichiara il cervelletto luogo di predilezione per i tumori e Bruns fra 80 casi con diagnosi di tumore cerebrale potè fare 14 volte la diagnosi di tumore cerebellare. Fra 21 casi venuti alla sezione trovò a volte tumori cerebellari, certamente egli vi conta anche i tumori della fossa cranica posteriore e del 4° ventricolo i quali mostrano principalmente segni cerebellari. All'occorrere frequente dei tumori cerebellari corrisponde una letteratura estesa su questo soggetto. Nei lavori recenti sono da menzionarsi Spiller, il quale riferisce 4 tumori del cervelletto; Indeberg comunicò 9 casi di malattie cerebellari (fra le quali parecchi tumori), Lèon d'Astros riferisce 3 casi nei bambini, Steffen di una serie di tumori cerebellari. Singole comunicazioni casistiche si debbono a Donath, Redlich, Tost, Jacobson, Jamane, Brückner, Brissaud ed altri. Recentemente è apparsa un'eccellente nonografia di Thomas sul cervelletto. Arnheim pubblica un nuovo caso di tumore del cervelletto.

Si tratta di un ragazzo a 3 anni, il cui padre 20 anni fa era stato affetto da sifilide, il quale dopo la nascita ebbe un'eruzione sulla regione frontale destra ed alla testa, consistente in vesci-

(1) Baccelli, *Sur les infections paludéennes.* Innere Medicin, S. 138-147.

chette chiare, ed otorrea. Nel novembre del 1896 venne affetto da influenza e catarro pulmonare. Da questo tempo cominciò a lagnarsi di dolori di capo specialmente intensi la notte e di vertigine. Nel marzo del 1897 il ragazzo non potè più camminare regolarmente, ma barcollava. Alla metà di maggio cominciò anche a guardare losco, contemporaneamente il cranio s'ingrandiva a vista d'occhio. Giacque circa 14 giorni indifferente, lagnandosi di intensa cefalea. Vomito e tendenza al vomito s'ebbero quasi giornalmente. Dopo un soggiorno in campagna s'ebbe miglioramento; migliorarono l'incesso e lo stato generale, anche la cefalea era divenuta più lieve. Il paziente non aveva mai subito trauma al capo. Non s' erano avute mai convulsioni eccettochè nei primi mesi di vita. Lo stato psichico del bambino era bene sviluppato fino alla sua malattia. Sospettandosi d'una malattia cerebrale dipendente dalla sifilide, il paziente venne ricoverato in una Clinica privata dove si rivelarono i seguenti fatti: Ragazzo bene sviluppato per la sua età, dimostra interesse al mondo esterno quantunque il suo stato psichico non faccia un' impressione di vivacità; sensorio libero, colorito pallido, muscoli e tessuto adiposo discretamente sviluppati. La forma del capo mostra un forte sviluppo della regione occipitale; alle percussione del capo e della nuca non si suscitano. dolori. Il paziente si lagna di cefalea, tendenza al vomito, vertigini e perdita d'appetito. Si nota uno strabismo convergente considerevole d'ambo gli occhi; il movimento in alto é un po' diminuito, quantunque non si possa parlare di una vera paresi; i movimenti in basso sono sufficienti, i due muscoli interni funzionano normalmente, non così gli abducenti. La pupilla sinistra è più ampia della destra, la reazione alla luce è presente, quella all'accomodazione non si constata con sicurezza; papilla da stasi d'ambo i lati. Impossibile il corrugamento della fronte, la chiusura degli occhi l'eseguiva bene da entrambi i lati. Odorato e gusto normali. In tutta la testa s' udivano due rumori isocroni al polso; alla percussione del capo, specialmente dell'osso parietale sinistro s'aveva rumore evidente di scatola fessa, senza che si suscitassero dolori. Entrambe le braccia avevano forza sufficiente in tutte le articolazioni e non presentavano atassia o tremore intenzionale nei movimenti di pressione; la sensibilità era normale. Nel camminare il paziente barcollava, ma in grado leggiero; nel correre le due gambe venivano mosse regolarmente; nella posizione all'impiedi ad occhi chiusi oscillava un poco. Non v'era differenza nello sviluppo delle due gambe; anche la sensibilità era normale in esse come al dorso: la percussione della colonna vertebrale non riusciva dolorosa. I riflessi patellari erano piuttosto deboli; riflesso addominale e della pianta del piede uguale d' ambo i lati, riflesso cremasterico vivace, liberi i movimenti attivi e passivi delle braccia e delle gambe. Nulla ai polmoni, al cuore, ai visceri addominali. Gonfii i gangli sottomascellari e quelli siti al margine del cucullare; assenza di tumefazioni ghiandolari al gomito ed alle regioni inguinali; esantemi. Al principio di ottobre s'ebbe amaurosi totale, da un pezzo già s'aveva nistagmo. La circonferenza del cranio divenne sempre maggiore, il paziente non potè più camminare, le estremità inferiori divennero completamente paralitiche, i riflessi erano conservati anzi un po' esagerati. In seguito s' ebbe paralisi vescicale. Al principio di marzo del 1898 s' ebbero convulsioni generali che si ripeterono verso la metà di marzo, il 20 dello stesso mese il bambino venne a morte. Alla sezione si riscontrarono: circonferenza del cranio 48 cm. a forma ovale-allungata. Pelle, muscoli e calotta aponevrotica edematosi, volta cranica molto assottigliata, quasi papiracee e trasparenti l'ossa parietali d'entrambi i lati.

La superficie esterna della dura tesa, umida, la superficie interna pure umida e splendente le circonvoluzioni centrali appiattite e piane, più trasparenti e facilmente asportabili. Alla base del cranio liquido chiaro in discreta quantità. Tentando d'asportare il cervello, vien fuori dal lobo frontale destro inferiore molto liquido ventricolare. Estratto l'encefalo, la sostanza cerebrale si presenta molto molle, il cervello non presenta specialità di sorta in tutte le sue parti. L'emisfero cerebellare destro ha le grandezze del pugno infantile e raggiunge circa il quadruplo del volume del sinistro. Al taglio si trova alla superficie dorsale e per vero nel *lobus quadrangularis* all'altezza del *monticulus* una parte ovale della grandezza circa di un uovo di pollo, di consistenza molto dura e di colorito grigio-biancastro. Il tumore passa nella sostanza cerebellare senza limiti netti; in profondità penetra fino alla superficie cerebellare ventrale del *lobus cuneiformis*. Il verme è nettamente conservato, così pure il *nucleus dentatus*. All'esame microscopico il tumore risultò composto in gran parte di tessuto della glia, con entro numerose fibre nervose con guaine mieliniche. Le cellule erano rare e piccole, sparse uniformemente, s'avevano piccole emorragie nel *nucleus dentatus*. La diagnosi fu: glioma del cervello.

I sintomi clinici di questo caso furono: cefalea, vomito, vertigine, papilla da stasi, lieve atassia, strabismo convergente, paralisi dell'abducente, nistagmo, dopo paraplegia delle gambe, paralisi vescicale ed in ultimo abnormità della respirazione.

Nel giudizio dai fenomeni determinati dai tumori del cervelletto bisogna ricordarsi sempre del giudizio di Oppenheim, che al quadro morboso del tumore cerebellare si possono aggiungere i sintomi dell'idrocefalo interno spesso molto intenso

in questa specie di tumori, i quali conducono in errore.

I sintomi locali più importanti dei tumori cerebellari sono, come è noto, dapprima la cosidetta atassia cerebellare, la quale può occorrere in due forme non caratterizzata dalle oscillazioni nel camminare e nello stare all'impiedi con tendenza a cadere da un lato determinato, l'altro più somigliante alla forma tabica dell'atassia. L'atassia però non s'ha sempre; così Frienberg la riscontrò solo 2 volte nei suoi 9 casi di malattie cerebellari, anche Jacobson la vide mancare. Oltre all'atassia, la vertigine è un sintoma importante dei tumori cerebellari, specialmente quando entra in iscena precocemente ed intensamente. Per la diagnosi locale, questo sintoma è utile soltanto quando si tratta di una forma specialmente pronunziata, per esempio vertigine a rotazione od attacchi di vertigine.

In alcuni casi di tumori cerebellari s'è osservata recentemente anche una specie di tremore che sta nel mezzo fra l'atassia ed il tremore intenzionale denominata da Spiller come fibrillare. Altri fenomeni sono le paralisi nucleari dei muscoli oculari. Il nistagmo è riferito anche ad una paresi dei muscoli oculari. Tutte le paralisi oculari dipendono del resto da una compartecipazione dei tubercoli quadrigemini sia per compressione, sia per diretta invasione neoplastica. Anche alla compressione debbono riferirsi l'emiplegia e paraplegia che s'osservano non raramente nei tumori del cervelletto, esse si producono per compressione sulle vie piramidali nel loro decorso attraverso il ponte ed il midollo allungato. Esse si uniscono frequentemente con altri fatti imitativi motori, per crampi o convulsioni. Il comportarsi dei riflessi patellari non è costante.

La paralisi vescicale osservata nel caso descritto è molto rara nei tumori cerebellari. Il comportarsi speciale della respirazione nelle malattie del cervelletto viene spiegato colla compressione sul midollo allungato. Bruns da grandissimo valore ai fenomeni generali nelle malattie cerebellari. Nelle malattie del midollo spinale, sul riguardo diagnostico-differenziale bisogna tenere in considerazione soltanto l'atassia di Friedreich, pure per lo più non è difficile dall'anamnesi di differenziare delle malattie cerebellari vere e proprie. Dai tumori frontali e bulbari i tumori cerebellari sono spesso molto difficili a diagnosticarsi. (*Archiv für Kinderheilkunde Bd.* 27, H 1. e 2, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Presidente Perroncito

Seduta del 4 luglio 1899.

(nostro resoconto particolare).

A. Brinda. **Sul comportamento del cane alle iniezioni ripetute di morfina.** — In due cani in cui durante 7 mesi andò praticando iniezioni in dosi gradualmente crescenti di cloridrato di morfina, non potè assolutamente ottenere l'immunizzazione. I due animali morirono appena si fu vicini alla dose minima mortale. Descrive i fenomeni più importanti osservati nei due cani su cui fece i suoi tentativi d'immunizzazione. Diminuiscono i globuli rossi e l'emoglobina, i globuli bianchi aumentano notevolmente, il coefficiente isotonico resta costante, diminuisce nelle urine la quantità di urea e negli ultimi due mesi sono costanti i pigmenti biliari.

La temperatura diminuisce, polso e respiro aumentano di frequenza.

A. Carini. **Osservazioni sull'origine del vitreo.** — Riassume dapprima brevemente le teorie emesse finora intorno all'origine del vitreo, accenna quindi al materiale di studio composto di embrioni di uccelli, pesci, rettili, mammiferi e alla tecnica di preparazione adoperata,

In giovanissimi embrioni di *mus decumanus* egli ha constatato, contrariamente alle osservazioni di alcuni moderni embriologi, la presenza di uno strato di mesoderma tra la parte distale della vescicola ottica ed il cristallino in via di sviluppo,

Il vitreo comincia ad apparire solo quando per la fessura ottica sono penetrate cellule mesodermiche.

L'aspetto che esso prende nei tagli microscopici varia assai a seconda dei liquidi fissatori adoperati.

Nei preparati convenientemente eseguiti si può osservare che le cellule mesodermiche emettono sottilissimi filamenti che vanno a confondersi con le fibrille del vitreo.

Il corpo cellulare ed il nucleo di tali cellule va poi man mano scomparendo e non restano che i prolungamenti oramai confusi nella rete del vitreo. Perciò Carini combatte specialmente la recentissima teoria emessa da Tornatola secondo la quale il vitreo non sarebbe che una secrezione di cellule della retina e insiste nell'ammettere che alla costituzione del vitreo prendono parte cellule mesodermiche.

Burzio. **Un caso di pazzia a due.** — I due soggetti marito e moglie entrambi isterici e degenerati si contagiarono *psichicamente* a vicenda e per *reciproco affetto* tentarono *mutuo omicidio* per liberarsi da comuni pene immaginarie.

Fornaca

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Seduta del 18 luglio 1899.

Laveran. **Sull' aortite palustre.** — Risponde alla comunicazione di Lanceraux sull' aortite palustre. Gli autori che hanno studiato la malaria non hanno osservato l' aortite palustre. Lanceraux considera come *palustri* gli ammalati che hanno sofferto di malaria da lunghi anni. Laveran afferma che in generale si tratta di lesioni ordinarie di arterio sclerosi localizzate all'aorta.

Lanceraux dice che si può essere palustri senza avere avuto mai febbre intermittente. Ciò che permette di affermare le relazioni sono i caratteri istologici. Le lesioni hanno sede all'inizio sulla tunica esterna vasale.

Cornil nota come tutte le volte che si ha lesione distruttiva della membrana interna con aneurisma vi ha lesione della membrana esterna. Ciò che Lanceraux ha veduto nell'aortite palustre è comune a tutte le arteriti.

Laveran dice che i medici militari hanno ben descritto la malaria cronica, ed essa può esistere anche senza che vi sia la febbre intermittente. Ma affermare che un individuo è palustre perchè venti anni addietro ha sofferto di malaria, non lo crede possibile.

Lanceraux ritiene che l'aortite può esistere come altre sclerosi, come le cirrosi del fegato, come le pneumonite croniche.

Pinard. **Sull'eredo-sifilide.** — La sifilide può trasmettersi in natura, ma può esservi eredità similare. Come distinguere l'eredo-sifilide dalla sifilide ereditaria distrofica, dalla eredità parasifilitica? Quando questa distinzione sarà fatta, gli ostetrici potranno affermare con sicurezza il numero degli aborti negli eredo-sifilitici.

Cornil. **Riparazione delle ossa colla midolla ossea.**— Ha studiato l'argomento in collaborazione di Condray. Faceva sulla tibia tre buchi, asportava un centimetro di osso, indi ricuciva la ferita, la quale si cicatrizzava sempre bene. Ha studiato quando si mostra l'ossificazione nella midolla. Ollier la ha constatato dopo otto giorni. Cornil e Condray hanno seguito il processo passo a passo ed hanno visto come già fin dal terzo giorno compaiono dei filamenti di fibrina, indi le cellule connettive rimaste s' ipertrofizzano, si dividono formando un connettivo che diventa tessuto areolare fibroso. In quarta giornata questo tessuto è il punto di partenza del tessuto osseo.

Morestin. **Ematoma sotto periosteo.** — Presenta un ammalato operato di un ematoma sotto periosteo, seguito da traumatismo grave in seguito a caduta dalla bicicletta.

Robin e Leredde. **Rapporto tra le dermatosi e le affezioni gastriche.** — Le dermatosi che hanno rapporto colle affezioni gastriche sono il prurigo e lo eczema. Su 422 gastropatie hanno riscontrato 129 dermatiti; epperò hanno studiato il loro chimismo gastrico.

In tutto si trovarono acidi di fermentazione (acido lattico e specie butirrico). La metà di questi infermi non presentava alcun sintoma dispeptico.

La dispepsia da fermentazione (quando è moderata) per lungo tempo resta allo stato latente. Quale è il meccanismo che collega le gastropatie suddette colla dermatosi? Il sudore prodotto col jaborandi in questi infermi era abbastanza acido, e questa iperacidità era dovuta alla presenza dell'acido lattico. Di guisa che la secrezione sudorifera anormale sembra che abbia prodotto l'affezione cutanea. In quanto alla terapia, per agire contro le fermentazioni gastriche, hanno avuto l' idea di somministrare il fluoruro di ammonio (15-20 centigr. in 300 gr, di acqua, soluzione di cui se ne prendono due cucchiai da zuppa ogni giorno).

Contro la fermentazione butirrica si prescriverà: il joduro doppio di bismuto e di cinconina, alla dose di 1-6 centigrammi. Si dà anche lo zolfo jodato (10-20 centigrammi nel mezzo di ogni pasto).

Nei casi inveterati si ricorre al regime latteo.

Per accelerare i processi di ossidazione si diano dosi deboli di solfato di soda, al bisogno strienici, i quali eleveranno anche gli scambii nervosi, così pure sono utili i glicero-fosfati.

Per la cura locale Robin e Leredde applicavano sulla cute inferma un acqua silicata contenente del carbonato calcico e del silicato. Si polverizza questa acqua tiepida sulle parti ammalate e di sopra si applica il balsamo del comandante facendo una vernice che dovrà essere tanto più ricca in aloe quanto l'affezione sarà più antica.

Movimento biologico universale

1. Budin e Michel, si occupano « **dell' utilizzazione dei grassi nell' organismo dei lattanti.** » I lattanti che ingeriscono un latte troppo ricco in burro presentano dei disturbi digestivi, di altro canto un latte povero in burro (come quello d'asino) è insufficiente in quanto che il bimbo può utilizzare poco grasso. (*Societè d' obstètrique de Paris,* del 15 luglio 1899).

2. Reinach si occupa del **nutrimento dei lattanti con miscela di crema.** » Essa costituisce un ottimo nutrimento per i medesimi, e sarebbe un ottimo succedaneo del latte, però è controindicata nelle malattie intestinali, in cui la dieta albuminosa (acqua albuminosa) o la dieta idrica semplice spesso fa miracoli. (*Münchener medicinische Wochenschrift,* n. 29, 18 luglio 1899).

3. Wassermam si occupa degli « **avvelenamenti per sostanze alimentari contenenti vani.**

glia » a proposito di un caso, occorso in Trepton, di 19 persone che furono contemporaneamente e bruscamente colte da sintomi coleriformi, delle quali una morì con forte collasso. Tutte avevano fatto uso di crema alla vaniglia preparata in un restaurant del paese. Le ricerche del Wasserman dimostrano la causa dell'avvelenamento debba essere attribuita alla vaniglina, componente attivo dello zucchero di vaniglia, che insieme alle uova od al latte serve alla preparazione della crema. La vaniglia secondo quelle ricerche, favorisce lo sviluppo degli anaerobi, che come è noto, hanno tanta importanza sugli avvelenamenti per sostanze alimentari. (*Zeitschrift für diätetische med. hygienishe Terapie*, Bd III, H. 3, 1899).

4. Hoffmann, della clinica del Weber, ha studiato sulla « **importanza del ferro nella ematosi.** » La clorosi secondo le vedute dell'autore. é dovuta ad una ipoplasia degli organi vascolari sanguigni ed in ispecie del midollo delle ossa, per cui i preparati di ferro agiscono stimolando tali organi e dando luogo alla formazione degli eritrociti giovani. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 29 18 luglio 1899).

5. Weinscheuker riferisce il suo processo di « **conservazione dei globuli rossi per disseccamento** ». Si serve all'uopo di una corrente d'aria disidratata a una debole temperatura, con una rapidità di 5 metri a secondo. Il sangue così trattato si tramuta in polvere rosso-bruna, solubile nell'acqua, presenta l'aspetto dell'ossiemoglobina e si conserva benissimo all'aria. Contiene il 45 0|0 di emoglobina. La dose di questa polvere può essere elevata sino a 8 grammi al giorno. (*Société medico-chirurgicale de Saint-Petersbourg*. 18 febbraio 1899).

6. Apostoli ha studiato « **l'azione delle correnti ed alta frequenza nell' artritismo** » e conchiude che esse sono nocive nelle forme acute, possono giovare nelle subacute, ma sono molto efficaci nelle croniche. I dolori gottosi possono notevolmente migliorare, ma talvolta in principio dell'applicazione possono dar luogo ad un accesso acuto. Le correnti ad altra frequenza giovano pure molto nell'emicrania, nelle nevralgie artritiche. nelle varici, nelle emorroidi, nella costipazione e nella dispepsia, nell'eczema, nell'asma bronchiale, nelle congestioni vascolari diverse, nella neurastenia artritica, nell' obesità. (*La Presse mèdicale*, n. 54, 1899).

7. Bordier e Salvador si occupano della parte che hanno le « **azioni elettrolitiche nella produzione dell' eritema radiografico** ». Risulta dalle loro ricerche che in realtà l'eritema può essere causato dall'elettrolisi, senza che i raggi X vi abbiano parte, ma questi hanno un' azione propria che si aggiunge ed accresce l'intensità degli effetti elettrolitici. Non di meno i raggi X per se stretti non sona sufficienti a determinare l'eritema radiografico, non è necessaria l' azione elettrolitica dovuta allo scarico derivato all' esterno del tubo. (*La Presse médicale*, n. 54, 1899).

8. Rieder ha eseguito nell' istituto di igiene di Monaco alcune « **ricerche terapeutiche coi raggi di Röntgen nei processi infettivi** ». Egli inoculava ad alcuni animali (topi in ispecie) delle culture virulente di streptococci, stafilococci, di bacilli del carbonchio, tubercolosi etc. e poi sottoposti i medesimi ai raggi di Röntgen. Gli animali sottoposti ai raggi X resistevano dippiù all'infezione degli animali di controllo. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 29, 18 luglio 1897).

9. Bayer di Praga si occupa delle « **varie forme di meteorismo** » nelle singole affezioni intestinali. Il meteorismo si osserva in moltissimi stati patologici acuti del tubo intestinale, così nel volvolo, nell'ernia, nelle tifliti etc. Però non sempre in primo tempo é generalizzato, ma si localizza ora nel cieco, ora nel sigma-colon, ora nel duodeno, etc. Dalla forma del meteorismo si può spesso avere un valido aiuto per la diagnosi differenziale. (*Prager medicinische Wochenscrift*, n. 28, 13 luglio 1899).

10. Soubbotine, professore all' accademia militare di medicina di Saint-Petersbourg, per evitare la suppurazione che si vuole produrre sovente a livello degli orifizii che si formano per il passaggio dei « **fili di sutura** » ha da qualche tempo sostituito con vantaggio, nelle sue operazioni la sutura cutanea con una sutura sotto-cutanea. (*La Semaine medicale*, n. 28, 28 giugno 1899).

PATOLOGIA MEDICA

LA FORMA PROTRATTA E CRONICA DELL'INFLUENZA

Col nome d'influenza « protratta » s' intendono quei casi d'influenza che si prolungano per lungo tempo, il cui stadio febbrile cioè sorpassa di gran lunga la durata media dell'influenza. Giacchè però il decorso di questa non é niente affatto tipico, così non è facile nemmeno determinare la sua durata media, tanto più che le opinioni dei diversi autori non sono di accordo su ciò; così per esempio Leichtenstern stabilisce la durata dell'influenza nel maggior numero dei casi ad alcuni giorni; Gillet distingue due forme diverse, l' una con decorso febbrile breve, l'altra con decorso febbrile protratto, però non dice nulla sulla durata di questa. Widal dice che la durata media dell'influenza é di 3-8 giorni, però aggiunge che in alcuni casi la febbre dell' influenza può durare anche 24 giorni senza complicazioni di sorta. In generale si può ammettere che l'influenza normale può durare da

3 giorni fino a 3 settimane, e quindi Filatoff (*Arch. für Kinderheilkunde*, Bd. 27, H. 1 e 2, 1899) conta tutti i casi, nei quali la febbre senza complicazione alcuna dura più di un mese, nella categoria dell'influenza protratta o cronica. Che i bacilli dell'influenza di Pfeiffer possano rimanere nel corpo degli ammalati per parecchie settimane ed anche per mesi, è stato dimostrato dallo stesso Pfeiffer. Per tali casi propone egli il nome di *influenza cronica*. L'esistenza quindi dell'influenza protratta o cronica è dimostrata batteriologicamente, ma ciononondimeno il quadro clinico di tali casi ed il loro decorso resta affatto sicuro. In base ad osservazioni proprie Filatoff ritiene che, analogamente all'influenza acuta, anche la forma cronica si può esplicare con o senza fenomeni catarrali da parte degli organi della respirazione e soltanto colla febbre, debolezza ed altri fenomeni generali. Ma poichè il bacillo dell'influenza secondo Pfeiffer non si trova nel sangue, ma solo nel secreto bronchiale o nasale, la diagnosi batteriologica di quei casi d'influenza che decorrono senza catarro, è, come si capisce, impossibile, e la diagnosi clinica si basa sul momento etiologico e sui sintomi. La forma protratta dell'influenza nei casi osservati da Filatoff non fu per lo più accompagnata da catarro, ma essa si manifestò nel maggior numero dei casi con febbre, che in alcuni casi si protrasse per un tempo indeterminatamente lungo senza pause, in altri casi invece lo stato cronico della malattia si palesò col ripetersi tenace di alcuni brevi attacchi d'influenza, che comparvero in diversi intervalli nel corso di mesi ed anche di anni.

Nei casi tipici, che del resto formano il maggior numero, le cose decorrono nel modo seguente: In una famiglia occorre una malattia febbrile che, secondo tutte le apparenze, è influenza; ammalano grandi e piccoli; in uno la malattia si esplica soltanto con debolezza generale, in un altro vi si aggiunge corizza e tosse; dopo breve tempo guariscono tutti i casi ad eccezione di uno o di due membri della famiglia: malgrado la scomparsa della tosse. non si ha guarigione completa, restano la perdita dell'appetito e la debolezza generale che aumenta in una determinata ora del giorno, per esempio dalle 12 alle 3-4; in questo tempo si hanno qualche volta anche dolori di capo e lieve brivido, e la debolezza aumenta fino a tal punto da costringere il paziente a mettersi a letto; dopo 2-4 ore cessa questo stato di cose con sudori più o meno forti. Il termometro segna durante questo periodo di peggioramento fino a 38°-38°5, ma, anche dopo, la temperatura non ritorna alla normale. In generale la malattia somiglia alla malaria non molto pronunziata, ma malgrado la durata di parecchie settimane della febbre la milza rimane di grandezza normale, nel sangue non si trovano i plasmodî di Laveran; l'arsenico, la chinina e l'elianto non esercitano influenza notevole sul decorso della malattia. In riguardo agli altri sintomi l'esame dei risultati è negativo: la lingua rimane netta, l'appetito discretamente conservato, non si hanno eruttazioni e nausea, l'evacuazioni sono normali o si ha tendenza alla diarrea; nemmeno dolori addominali; l'urine sono prive di albumina, mancano d'ordinario la tosse e la corizza anche nei casi nei quali la malattia si iniziò con fenomeni catarrali, il sonno non è cattivo, accessi di sudore non occorrono in tutti gli ammalati, ma in alcuni si osserva sudore abbondante. Gli ammalati si lagnano obbiettivamente soltanto di indisposizione generale, che in certe ore del giorno aumenta, e nei piccoli bambini si manifesta una sonnolenza e svogliatezza al giuoco. Non in tutti gli ammalati si hanno dolori di capo; lo stato generale soffre invece per la febbre e per l'appetito scarso, ma non in modo speciale, e si esterna più col pallore che col dimagramento. Come sintoma principale vale la febbre, a spiegare la quale non si trovano cause locali. Questa febbre è caratterizzata da due fatti cardinali: dura molto a lungo (da 6 settimane fino a 3 mesi ed anche più) ed in secondo luogo la temperatura risale di poco.

Filatoff riferisce alcuni casi, in cui la temperatura oscillava nei limiti normali, ma nei quali ciò nondimeno gli ammalati febbricitavano: ciò si deduceva dalla loro lassezza e stanchezza, che aumentavano in un certo periodo della giornata; talvolta si lagnavano di brividi, ancora più spesso si osservò sudore.

Nella letteratura è accennato il decorso apirettico dell'influenza.

Secondo Leichtenstern, il decorso afebbrile occorre solo in casi leggieri, ma secondo le osservazioni di Eichhorst, il quale non ritiene affatto per rara la forma apirettica dell'influenza, questi casi decorrono non raramente con fenomeni gravi da parte del sistema nervoso. Lo stesso ritiene Teissier, cioè che di tutte le malattie febbrili l'influenza è la più proclive a decorrere senza innalzamenti di temperatura; inoltre egli nota che l'influenza afebbrile non è sempre contrassegnata da un decorso benigno; al contrario, le forme più gravi d'influenza possono decorrere con temperatura normale o subnormale. Se perciò casi acuti ed anche gravi d'influenza possono decorrere senza febbre, tanto più è ciò possibile per i casi leggieri, sebbene protratti.

Oltre ai diversi casi riferiti da Filatoff, egli ne osservò parecchi altri simili, nei quali lo stato febbrile fu così caratteristico da poter fare, con grande sicurezza, la diagnosi d'influenza protratta; il decorso ulteriore confermò la diagnosi. Accanto ai casi decorsi senza fenomeni locali e senza disturbi subbiettivi, se ne osservarono altri, nei quali

gl'infermi si lagnavano di dolori di capo e di dolori all'estremità; in un caso si avevano dolori alle braccia ed alle gambe, che aumentavano colla pressione sui tronchi nervosi, sui muscoli, cosicchè si sospettò per un certo tempo una polinevrite, ma la poca entità dei dolori, la mancanza di disturbi sensitivi e di atrofie muscolari escludevano tale sospetto.

Filatoff ha sentito non raramente che tali stati febbrili leggieri, indefiniti ed affatto inconcepibili occorrono anche negli adulti, specialmente nelle donne, delle quali alcune soffrivano così poco da non restare mai nelle stanze, quantunque in certe ore del giorno si lagnassero costantemente di lassezza notevole e mostrassero lieve rialzo di temperatura (38°).

In base ai casi da lui osservati, Filatoff viene alla conchiusione, che senza dubbio vi ha una forma cronica o protratta dell'influenza, la quale, analogamente all'influenza acuta, può decorrere diversamente. Si possono distinguere due forme principali d'influenza cronica: 1) stato febbrile con carattere remittente od intermittente per parecchie settimane; 2) recidiva di singoli parossismi brevi, che si ripetono per anni con diversi intervalli di tempo.

Nel maggior numero dei casi del 1° gruppo la malattia decorre così: comincia come una forma lieve d'influenza catarrale, ma invece di cessare in 5-7 giorni, si prolunga per un tempo indeterminatamente lungo, in casi leggieri per 3 settimane circa, nei più tenaci per 2-3-5 mesi, non avendosi febbre alta, ma temperatura oscillante fra 37°-38° e 38°5. Il massimo della temperatura coincide in parecchi casi nello stesso periodo della giornata (d'ordinario dalle 12 alle 4), e quando contemporaneamente l'aumento della temperatura è accompagnato da brivido di febbre e la sua caduta da sudore più o meno intenso, la malattia acquista un decorso parossistico molto analogo a quello della febbre intermittente. É degno di nota che l'influenza cronica può decorrere affatto senza rialzi termici, eppure in modo parossistico; brivido, debolezza con una temperatura di 37°2-37°4.

In alcuni casi, oltre alla febbre, ai dolori di capo ed alla debolezza generale ad essa legati, si osservano anche dolori alle estremità, ovvero corizza e tosse leggiera; in alcuni infermi la milza è ingrandita, palpabile, ma nel maggior numero dei casi milza e fegato non sono ingranditi. L'appetito è diminuito, ma non scomparso del tutto; fenomeni da parte dello stomaco, come nausea, vomito, senso di pressione, alla regione gastrica e diarrea mancano ordinariamente, più spesso resiste tendenza alla costipazione.

Per quanto riguarda la 2° forma, i singoli accessi caratteristici per essa non si differenziano essenzialmente dall'influenza acuta ordinaria; in alcuni casi la temperatura sale rapidamente fino a 40° o più, in altri casi resta normale. Spesso mancano catarri degli organi del respiro, come pure il brivido all'inizio ed il sudore alla fine del parossismo. L'accesso dura 1-3 giorni.

Di complicazioni Filatoff osservò solo una volta una pleurite essudativa in una ragazza settenne, che soffriva da circa 3 mesi di febbre senza fenomeni locali di sorta; dal 29° al 45° giorno la temperatura era salita e durante questo tempo insorsero i sintomi d'un essudato pleurico, dopo il riassorbimento rapido del quale la febbre continuò. Se l'influenza cronica possa, come l'acuta, dare occasione alla tubercolosi miliare, non è noto, ma possibile, secondo Filatoff.

Nei casi in cui l'influenza fa la sua comparsa in una famiglia in modo epidemico la diagnosi non è difficile. La diagnosi dei singoli casi si appoggia al carattere della febbre (rialzi termici molto moderati, decorso a parossismi), alla sua durata ed alla possibilitá di escludere qualsiasi altra causa di febbre; in principio si può pensare principalmente al tifo ed alla malaria e più tardi alla tubercolosi miliare. Per il tifo, hanno grande importanza la mancanza della reazione di Widal e l'assenza della diazoreazione nell'urina. La mancanza dei plasmodii parla invero contro la malaria, ma non ha importanza assoluta, mancando essi non raramente in casi protratti di malaria già stati trattati colla chinina; quando invece non si può trovare un momento etiologico, il trattamento colla chinina e coll'arsenico rimane senza effetto e il decorso non è niente affatto caratteristico per la malaria tipica, allora la mancanza dei plasmodii nel sangue contribuisce di molto a rischiarare le cose,

Nei casi d'influenza cronica, che si estrinsecano col ripetersi di singoli brevi accessi febbrili, parlano contro la malaria in primo luogo la mancanza del tumore di milza e di altri sintomi di cachessia malarica, in 2° luogo il fatto che l'accesso dura ugualmente lungo, sia che l'ammalato prenda o no chinina. Nel caso che l'accesso duri due, fino a 3 giorni, la emperatura resta alta per tutto il tempo, ed allora mancano gl'intervalli apiretici caratteristici per la malaria.

Talvolta riesce molto difficile di escludere la tubercolosi miliare, così per esempio quando ammala d'influenza un individuo che proviene da una famiglia tubercolosa o è evidentemente predisposto alla tubercolosi; la malattia comincia colla forma catarrale e la tosse perdura; allora non è facile il decidere se si ha da fare con un'influenza protratta o colla tubercolosi; l'esame dello sputo riesce di poco aiuto, mancando nel muco bronchiale i bacilli di Koch nella tubercolosi miliare.

Se si avesse dinanzi un caso d'influenza cronica, come complicazione della quale dovesse infine fare la sua comparsa la tubercolosi ed il bambino mo-

risse per meningite, il medico dovrebbe in questo caso riconoscere, naturalmente *post factum*, non l'influenza, ma la tubercolosi. Se d'altro canto l'ammalato non è predisposto alla tubercolosi, l'influenza decorre in lui senza fatti catarrali, la febbre raggiunge per tutto il tempo altezza moderata e decorre senza oscillazioni (il che è così proprio della febbre tubercolare), allora non è difficile di escludere la tubercolosi acuta.

La prognosi è in generale fausta, ma è impossibile di determinare la durata della malattia, per lo meno approssimativamente. Potendo la malattia complicarsi con tubercolosi, pulmonite e pleurite, bisogna essere cauti con una prognosi assolutamente favorevole.

Riguardo al trattamento, le cosa principale è di mettere l'infermo a letto, malgrado le sue proteste; bisogna guardarlo in modo speciale dai raffreddamenti. Col venire della stagione calda è non solo permesso, ma anche desiderabile di portare l'ammalato all'aria aperta, giacchè il maggiore numero degli ammalati di Filatoff solo allora cominciarono a ripigliarsi quando venne loro permesso nei giorni caldi di andare a passeggio; il Filatoff quindi ritiene come più efficace il trattamento dell'influenza cronica all'aria pura, calda, nelle classi agiate è perciò consigliabile di portare gl'infermi in climi caldi nell'inverno ed al principio della primavera. La dieta dev'essere nutritiva e corrispondente all'appetito; di medicinali, vennero sperimentati la chinina, l'arsenico (per uso interno e sottocutaneo), le fenacetina, il salicilato di sodio, ma senza risultati degni di menzion.e

In alcuni casi la fine delle malattia coincise con la somministrazione della spermina di Poehl. ma con essi vi furono altri casi, nei quali questo rimedio non ebbe azione notevole. Il trattamento delle conseguenze dei disturbi generali dalla nutrizione nel periodo della convalescenza consiste nella prescrizione di aria di campagna, dieta nutritiva, ferro e bagni salini.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell'*Archiv für Kinderheilkunde* edito da Baginski e Monti, Bd. 27, H. 1 e 2, 1899.

1. N. Filatoff. **Sulla forma protratta e cronica dell'influenza.**—V. pag. 308.

2. A. Liebmann. **Dei bambini con arresto di sviluppo psichico.**—È uno schizzo delle ricerche e del trattamento dei bambini con arresto di sviluppo psichico. Si desume da esso che nei bambini con arresto psichico bisogna fare una diagnosi più esatta di quel che si faccia ordinariamente.

3. C. Baron. **Sul contenuto in lordure del latte del mercato.**—Fa rilevare che la centrifugazione del latte non basta per ottenere un latte con basso contenuto di germi, ma che a quel processo deve unirsene un altro che, secondo l'opinione dell'autore, è la filtrazione, della quale egli s'occupa a lungo.

4. F. Theodor. **Sulla roseola epidemica, sulle sue recidive ed il suo rapporto col morbillo e colla scarlattina.** — La roseola epidemica è una malattia contagiosa autonoma, di natura parassitaria, che non ha nulla di comune col morbillo e colla scarlattina, che colpisce per lo più i bambini, ma può attaccare anche gli adulti. Descrive alcuni casi di combinazione di roseola con scarlattina e morbillo ed un caso di infezione mista di roseola, scarlattina e tosse convulsiva.

5. G. Arnheim. **Contributo alla casistica dei tumori del cervelletto.**—V. pag. 304.

6. O. Wenner. — **I risultati della cura della difterite dall' introduzione del siero antidifterico nell'ospedale per i bambini di Zurigo.** — Nel tempo del trattamento col siero antidifterico risulta evidente una intensa caduta della mortalità in confronto del periodo precedente sull'uso del siero. Come effetto del siero, Wenner ha constatato i seguenti fatti: la temperatura cade rapidamente fino alla normale nel maggior numero dei casi e con ugual rapidità se l'iniezione del siero ebbe luogo in un periodo precoce o tardivo della malattia. Il distacco della membrana è rapido ed uguale in tutti i casi, l'influenza dei fenomeni di stenosi evidente. Dopo l'iniezione non è osservato il progredire dell'affezione del faringe sul laringe ovvero una considerevole esacerbazione della stenosi. L'albuminuria intensa, la nefrite e la paralisi non possono essere considerate come conseguenze delle iniezioni di siero, sebbene come effetto del veleno difterico Il siero produce parecchie volte esantemi, accompagnati spesso da febbre, ma giammai da altre conseguenze tristi. Sembra che il siero, preparato in tempi diversi e da differenti animali, produca con frequenza disuguali esantemi di disuguale intensità. Non sono mai decorsi casi di morte e nessun dànno della salute determinati dall'iniezione di siero.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

I nostri lavori in Italia ed all'Estero

È un bisogno universalmente sentito quello di poter conoscere i lavori dei nostri clinici e dei nostri sperimentatori, senza aver bisogno di compulsare le voluminose collezioni delle infinite riviste di medicina, che non si trovano certo alla portata di tutti. Ne risultava spesso che si sconoscevano i lavori dei nostri migliori

maestri e si affibbiava una paternità illegittima ad alcuni studi o si attribuiva una priorità troppo contestabile ad alcuni autori.

A questo inconveniente ed a questa necessità ci proponiamo di riparare noi pubblicando un epitome dei lavori originali, o meglio fondamentali, delle nostre scuole. E cominciando dalla clinica medica, cominciamo con quella di Roma, che certamente ha prodotto la maggior copia di ricerche destinate a segnare una pagina originale nella letteratura contemporanea. Passeremo successivamente in rivista le altre cliniche mediche, e poi le chirurgiche e le cliniche speciali, e poi i principali laboratori scientifici.

S' intende bene che non è nostro proposito di fare un' ampia rassegna di tutta l' attività dei nostri istituti di medicina, ciò che sarebbe un lavoro improbo, ma solo esporre i lavori cardinali, le vedute geniali, le ricerche veramente originali di una scuola. E' un' idea la nostra che sarà certamente bene accetta agli insegnanti e agli studiosi, come quella che risponde ad un bisogno urgente e che facilita straordinariamente le ricerche bibliografiche. Quest'idea potrebbe essere accettata anche all'estero ed avremo allora una enorme facilitazione degli scambi intellettuali e dell' affiatamento scientifico.

Siamo sicuri del favore di tutti i direttori di clinica e di laboratori, i quali senza alcun dubbio vorranno concorrere a questa nostra opera inviandoci gli elementi del lavoro, inteso nel modo già esposto. Noi stessi penseremo alla diffusione: basterebbe già il nostro giornale universalmente letto in Italia e all'estero ma noi aggiungiamo anche la diffusione cogli estratti.

Di tutti i resoconti fatti in tal modo saranno tirati 150 estratti di cui 50 saranno dati in dono agli autori, gli altri 100 formeranno parte di un volume in cui sarà raccolto tutto quanto riguarda una disciplina, e che sarà inviato gratis e a nostre spese ai principali cultori italiani delle singole materie. Per i cultori esteri faremo una edizione francese e sarà spedita pure gratuitamente.

Avremo con questo sempre più favorito quel tale sviluppo dei nostri istituti, al quale abbiamo già tanto contribuito, specialmente in quest'anno pubblicando il movimento delle nostre cliniche, che noi ci proponiamo fin d'ora di organizzare assai meglio nel venturo anno facendo in modo che le cliniche ed i laboratorii dei principali centri abbiano agio di esporre direttamente nel nostro giornale tutta la loro attività.

FORMULARIO

Vancaire.—Contro le varici degli arti inferiori

Calze elastiche, compressione con una fascia di tela fina.

Durante il giorno prendere da una a tre pillole di queste:

Estratto secco d'*hamamelis* . . gr. 0,05
Miele q. b. . . . . per 1 pillola
Pillole n. 10.

oppure:

Estratto fluido d'*hamamelis virginica* . . . . gr. 5
Da 10 a 30 gocce, 3 volte al giorno.

Se le varici sono ulcerate:

Riposo assoluto, arto fasciato e in posizione orizzontale. Refrigeranti e applicazioni di listerelle di diachylon all'ossido di zinco situate ad embrice in modo da coprire intieramente la regione ulcerata.

Oppure, spolverare con:

Salolo }
Polvere d'amido } a parti uguali

Ovvero con aristolo e medicatura alla garza al salolo o boricata.

Se l'ulcerazione è estesa si faranno dei trapianti cutanei.

Vigier. — Mistura contro le screpolature della pelle delle mani

Acido tannico . . . . gr. 0,50
Glicerina a 30 . . . . » 20
Idrolato di rosa . . . . . . » 100

Fa sciogliere. Si frizionino le mani mattina e sera con poche gocce di questa soluzione.

Riesce egualmente bene contro le ragadi labiali.

Gillet. — Antisepsi del cuoio capelluto

Alcoolato di lavanda }
» di Fioravanti } ana gr. 150
Salicilato di mercurio . . . . ctgr. 0,05

Oppure:

Sublimato . . . . gr. 1
Bijoduro di mercurio. . . . . » 0,10
Tintura di sapone. . . . . . » 60
Tintura di benzoino . . . . . » 5
Acqua distillata q. b. per . . . » 500
(Butte)

Oppure:

Bijoduro di mercurio. . . . . gr. 0,15
Alcool a 90°. . . . . » 50
Acqua distillata . . . . . . » 250
(Quinquaud)

per lavande o per frizioni.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 51 — [illegible]

SOMMARIO

I metodi terapeutici della Clinica medica di Roma

(PROF. GUIDO BACCELLI)

Resoconto del Dott. V. ASCOLI, aiuto della Clinica

(*Continuazione Vedi num. prec.*)

II. — Linfa di Koch (1).

Chi ha vissuto nell'ambiente clinico al principio dell'anno scolastico 1890-91 non scorderà mai più il movimento che vi destò la comparsa della tubercolina di Koch.

Più assai che in altre cliniche italiane fu intenso il movimento in quella di Roma, sia perchè il Baccelli appartenne al primo gruppo di clinici a cui Koch spedì il suo rimedio in esame, sia per la rinomanza che lo circondava, sia per la netta posizione ch'egli prese nel dibattito sui risultati.

Non emise dinieghi aprioristici, nè s'accordò a taluni clinici tedeschi ebbri di passione scientifica e nazionale insieme.

Il provato valore e la serietà dell'insigne batteriologo fecero nascere anche in lui la *speranza* di un migliore avvenire nel trattamento della tubercolosi.

Ma la sua limpida e retta coscienza gli presentò anzitutto il problema se fosse lecito sperimentare un *rimedio tenuto segreto*. Non volle sollevarlo allora, però per deferenza a chi neppure l'intravvide, non lo risolse dottrinariamente. *Per l' autorità dello scopritore, per il desiderio del bene ed anche per la volontà di concorrere cogli esperimenti nostri a determinare il valore diagnostico e terapeutico ci decidemmo,* ei scrive, *ad incominciare la prova.*

Per dare un giudizio egli voleva dunque *esperimenti suoi, prove.*

Ed il giudizio suo non volle formularlo se non dopo 5 mesi, e pure cominciò col riconoscere che troppo breve era la prova per una malattia di così lunga durata, e che 50 casi scrupolosamente osservati erano troppo poca suppellettile perchè ei potesse pronunziarsi definitivamente.

Dal punto di vista scientifico notò primieramente che tutte le proposizioni di Koch contenevano verità, ma che non potevano essere accettate in senso assoluto andando colla guida dei fatti.

Prima di passare all'esposizione dei resultati terapeutici affermò nettamente che il *bacillo di Koch era*, secondo lui, *nè più nè meno che l'esponente istologico e l' elemento causale del tubercolo*: *non era tutto il tubercolo, e molto meno la tisi.*

I processi tisiogeni, aggiungeva, il *grado*, l'*acutezza*, la *diffusione loro non sono legati esclusivamente a questo microorganismo*: lo studio complesso volge *sulle qualità e sulle quantità dell'elemento infettivo, ma molto eziandio sulla natura del territorio invaso, sia considerato generalmente come organismo, sia parzialmente come tessuto infetto.*

Dei 50 tubercolosi curati nella sua clinica in taluni vide così ridursi il processo che sarebbe stato tentato a proclamarne la guarigione se non fosse stretto dovere del clinico riservare ogni giudizio al necessario controllo del tempo; in altri il peggioramento fu evidente e costrinse a sospendere la cura.

Innanzi a tali estremi Baccelli vide il dovere del clinico: determinare in quali casi potessero sperarsi miglioramenti e fors'anche guarigione, e in quali poteva anzi temersi più grave iattura.

Trovò che il rimedio di Koch giova nelle forme torpide o lente, nuoce nelle forme eretistiche o acute; può giovare nelle forme torpide acutizzate; nuoce sempre e gravissimamente nelle forme eretistiche microbronchitiche o miliari ad andamento acuto e diffusivo.

Nelle *forme torpide anche con disintegrazione ulcerativa del polmone e con caverne il rimedio di Koch ha potuto portare vantaggio.*

Tutto sta dunque in una diagnosi accuratissima: ecco ritornare il principio fondamentale ch'è in terapia la norma direttiva del nostro maestro.

Tra gli splendidi risultati di talune scuole e lo sconforto di altre casuistiche il suo giu-

(1) Bullettino della R. Accademia Medica di Roma. Anno accademico 1890-91. Fascicolo IV-V.

dizio imparziale e basato su osservazioni esatte rimane tuttavia sereno e sicuro.

Ma a proposito della *linfa di Koch* vide un altro lato della questione, il quale ancora oggi è poco approfondito malgrado sia degnissimo d'attenzione e di studio. Molto maggiore intensità d'azione potrebbero avere i rimedi antitossici quando fossero immessi direttamente nel circolo, anzi che se vi pervenissero per assorbimento dal sottocutaneo. E fece praticare le iniezioni intravenose di linfa, però con dosi tenuissime: 1-2 milligr. per la via delle vene erano attivi quanto e più che 1-2 centigr. per via ipodermica.

Gli effetti fisio-patologici e i resultati terapeutici furono assai somiglianti, comunque il rimedio penetrasse nell'organismo.

L'esempio del nostro clinico fu seguito da parecchi clinici tedeschi, e ormai sono già numerosi i casi, in cui fu usata per tale via l'antitossina del tetano preparata da Behring, constatandosi anche qui effetti assai più intensi con dosi anche piccole.

È facile auspicare che la questione della via per introdurre i rimedi nell'organismo diventerà tanto più importante quanto più sviluppo prenderà la siero-terapia.

III.—Iniezioni endovenose di sublimato corrosivo (1).

Nel 1893 il nostro maestro, dopo gli ultimi resultati delle iniezioni endovenose dei sali di chinina nelle forme più gravi d'infezione malarica, e dopo la perfetta tolleranza della tubercolina di Koch per via venosa, volse la mente a iniettare nello stesso modo il sublimato corrosivo.

Le nozioni teoriche sugli effetti coagulanti di questo preparato mercuriale fecero trepidare molti clinici anche di vasto sapere sui danni possibili e, secondo taluni, anzi probabili. Ma il Baccelli sapeva che l'albuminato di mercurio si scioglie in un eccesso d'albumina, e previde che versando dentro una massa sanguigna, sempre rinnovantesi nella vena punta, una soluzione allungata (1 °/oo) di sublimato non si avrebbero forse a lamentare pericoli di sorta. Comunque volle che si sperimentassero prima su cani e conigli gli effetti di dette iniezioni, cercando di ledere il meno possibile la parete del vaso e di spingere la soluzione con estrema lentezza entro il vaso stesso. Questi animali sopportarono senza molestia e senza danni evidenti le iniezioni: anzi cani lupetti di 8-10 kgr, tollerarono benissimo anche dosi di 3-4 centigr. di sublimato corrosivo.

Da queste considerazioni e da tali prove fu condotto a sperare che il sublimato potesse dare buoni frutti in forme particolarmente gravi e maligne di sifilide, in cui non avevano mostrato sufficiente attività gli altri metodi di somministrare il mercurio, e in alcune infezioni, in cui potevano trovarsi direttamente in circolo i microrganismi patogeni.

Dallo spavento che in molti ingenerava l'immissione del sublimato nel circolo, e dalle molteplici applicazioni che il suo uso trovava in clinica nacquero una serie di lavori in parte sperimentali, in parte clinici. Per quanto grandi le diffidenze fino a un certo punto giustificate, erano vinte dall'autorità del clinico da cui la proposta partiva.

Non è d'indole di questa pubblicazione nè tessere la storia di tali dibattiti, nè riportare la ormai enorme casuistica, a cui collaborarono parecchie cliniche italiane, tedesche, francesi, inglesi ed americane.

Mi limiterò a riassumere le conclusioni di tali studi.

Quanto alla tecnica gli autori si sono limitali ad esporre (Nothnagel) a sollevare dubbii (Caspary e Kaposi) o a dimostrare lesioni istologiche in vasi di animali messi allo scoperto per fare l'iniezione: il fatto clinico che nelle mani di moltissimi autori non si sieno visti danni nè prossimi nè remoti, toglie ogni valore a simili argomentazioni.

La costante genesi di trombi, di edema o di diffusione sanguigna perivascolare che taluni autori tedeschi (Dinkler, Garl) hanno notato attestano semplicemente che la loro tecnica fu deficiente. Il trombo si forma qualche volta (1 volta su 10-20), ma resta circoscritto e scompare del tutto entro pochi giorni senza dare mai luogo a disturbi nè in situ nè a distanza. Gli altri danni ricordati non si verificano che ben di raro e solo quando la tecnica ha lasciato a desiderare.

Abadie, Hogner, Küssel, Neumann, Tommasoli, Ullmann, Angelucci, Maragliano, Desguin, Kezmarsky, Mader, Lang, Lewin, Kirniarsky e una serie di altri autori più recenti non hanno verificato alcuno dei temuti pericoli in moltissime iniezioni. Ci sia permesso di rimandare il lettore alla esposizione della tecnica, dove abbiamo parlato delle iniezioni endovenose di chinina: e di affermare ancora la necessità che le regole lì stabilite, e frutto di rigorosa e larga esperienza fatta nella nostra clinica, siano scrupolosamente messe in pratica. Qui insisteremo ancora una volta sul concetto che i danni incontrati riposano essenzialmente sul traumatismo a cui è esposto il vaso e sulla possibilità che il liquido penetri nella guaina perivenosa piuttosto che nell'alveo circolatorio.

Con tutta coscienza e personale esperienza possiamo concludere che se la tecnica è buona non si verifica inconveniente di sorta.

Del sublimato introdotto per le vene l'azione rapida fulminea è evidente per la salivazione e il sapore metallico che subitamente avvertono gli infermi. Dopo pochi minuti comincia l'eliminazione per le glandole salivari.

Quanto agli sperabili risultati terapeutici.

---

(1) *Le iniezioni endovenose*, ecc. Lezioni cliniche raccolte dal dott. Filiberto Mariani. Gazzetta medica di Roma, 1893, pag. 241, 289, 313.

fin da quando presentò questo metodo, il Baccelli diceva: *Del sublimato corrosivo per la via delle vene non deve farsi un metodo comune. Come delle iniezioni endovenose dei sali di chinina limitammo l'uso alla perniciosità, così di quelle di sublimato deve limitarsi l'uso, per la sifilide, ai casi di lue conclamata e ribelle a ogni altro trattamento terapeutico.*

Alcuni autori, sperimentando questo metodo nella sifilide, hanno creduto di notare che i beneficii non sono superiori a quelli che si ottengono dal mercurio per altre vie. Lasciando da parte che un giudizio di tal fatto è molto aleatorio e forse in gran parte aprioristico, a costoro dobbiamo opporre l'esperienza nostra e quella di una serie assai più numerosa di autori i quali hanno osservato specialmente la rapidità dell'azione del mercurio per via endovenosa e la pronta retrocessione di fenomeni minacciosi. Ma anche il primo gruppo di autori riservati e quasi diffidenti ha dovuto convenire sulla dose assai più piccola di mercurio necessaria per arrivare allo scopo. E questo non è di certo scevro di importanza nei casi peculiari in cui non sia concesso di introdurre larghe dosi di questo veleno nell'organismo, o perchè già saturato o quasi per altre vie o perchè in condizioni di intolleranza (anemia grave, discrasie, idiosincrasia). Molte forme di sifilide oculare (Petella, Angelucci) hanno direttamente mostrato il rapido miglioramento sotto l'uso delle iniezioni endovenose di sublimato. Queste sono indicate nelle forme gravi e pericolose, specie nella sifilide cerebrale.

Oltre che nella sifilide le iniezioni endovenose di sublimato sono state usate con vantaggio nella nostra clinica nell'eresipela e in casi di setticemia: risultati favorevoli controllati da parecchi autori, tra cui Desguin e Kezmarsky.

Il metodo è dunque certamente assicurato, le indicazioni sono per la sifilide grave e per le forme settiche. Gli studii ulteriori e la ulteriore esperienza cercherà di stabilire anche più esattamente le condizioni in cui i beneficii possono essere più intensi e più costanti.

Al nostro maestro spetta il merito di avere escogitato e praticato felicemente il metodo e di averne subito stabilito le indicazioni fondamentali.

IV. — Ferro

Abbiamo già visto quale efficacia ed importanza il Baccelli attribuisce al *tartrato ferrico-potassico* nella sua mistura antimalarica.

Dobbiamo aggiungere che questo sale egli adopera con molto vantaggio associandolo, in cartine, al solfato di chinina e alla somministrazione epicratica di succo di limone recentemente espresso in quelle forme di porpora emorragica che stanno in rapporto con la cachessia da malaria.

Non parlerò di taluni espedienti ch'ei suggerisce per utilizzare la limatura di ferro e delle condizioni particolari in cui ai sali di ferro ritiene opportuno e necessario preferire il ferro (organico!) della carne.

Mi limiterò ad accennare la sua predilezione per il citrato di ferro ammoniacale in talune anemie e particolarmente in quelle sintomatiche del morbo di Bright. A proposito di questo sale di ferro devo aggiungere che il mio maestro mi ha incaricato, nell'anno scolastico 1896-97, di studiare gli effetti della sua amministrazione per la via endovenosa.

Io studiai (1) anzitutto sperimentalmente la azione del farmaco, dimostrando che le vene degli animali tollerano perfettamente soluzioni al 10-20 per cento e che sono danneggiate più dalla causa traumatica che non dalla chimica, e che se qualche volta la vena punta si trombizza non dà mai emboli.

Per stabilire l'azione terapeutica mi servii di 3 casi di clorosi e di 1 di anemia grave secondaria, tenendo minuto conto dello stato generale, del peso del corpo, del comportamento dell'emoglobina, dei globuli rossi e dei bianchi, nonchè dalle urine e delle feci.

Notai talora insorgere immediatamente dopo l'iniezione una reazione generale con intensi fenomeni vaso-motorii che ritengo attribuibile ad intossicamento acutissimo da ferro e che durava appena 2-5 minuti; aumento rapido dell'emoglobina e meno rapido dei globuli rossi; e, senza che ricordi le singole particolarità, accennerò appena al forte aumento di peso.

Come il mio maestro riservava a casi speciali le iniezioni endovenose di chinina e di sublimato corrosivo, così riservai l'indicazione della via endovenosa per il ferro, vista la rapidità degli effetti di essa, come preparazione e introduzione alle cure successive nei casi in cui il ferro non fosse a principio tollerato per bocca o fosse inutile.

V. — Acido fenico

Di molteplici applicazioni fu oggetto l'acido fenico nella clinica di Roma.

Il Baccelli lo sperimentava da parecchi anni nel trattamento delle nevralgie e mialgie con buon successo, quando nel 1888 fece fare dal dottor Gualdi, allora suo aiuto, una comunicazione al Congresso di medicina interna. Da quell'epoca l'acido fenico in soluzione acquosa all'1-2 per cento acquistò tale meritato credito nella cura delle nevralgie, e in ispecie nella più comune e più resistente, cioè nella sciatica, che tra noi è diventato d'uso generale e considerato quasi come uno specifico.

Nel 1888 il prof. Baccelli, indotto dallo studio del meccanismo d'azione dell'acido fenico, capace di moderare il potere riflettore dei centri nervosi e di abbassare la temperatura, lo faceva inoltre usare con felice risultato nella cura di un caso di tetano. Nel de-

(1) *Del citrato di ferro ammoniacale per iniezioni endovenose.* Studio sperimentale e clinico. Bullettino della R. Accademia medica di Roma, 1897-98.

cennio 1888-1898 egli dette ordine si raccogliessero nella sua clinica tutti i casi di tetano che occorrevano in S. Spirito: su 6 casi, quasi tutti gravi, non avemmo che un solo decesso.

I buoni effetti che la cura fenica sortiva nel tetano e l'autorità del clinico che la proponeva portarono alla diffusione del metodo, che nel decennio fu applicato, ch'io sappia, in 40 casi, e dette un solo decesso (quello della nostra clinica).

Le particolarità del metodo Baccelli nella cura del tetano, consistente nelle iniezioni sottocutanee di acido fenico alla dose di 2-4 centgr. da ripetersi ogni 2-3 ore, arrivando così alla quantità giornaliera di 35-50-72 centig., furono analizzate dal suo aiuto dott. A. Zeri (1) e poi più ampiamente da me (2). Io feci inoltre un accurato confronto di questi risultati con quelli ottenuti dai sieri Behring e Tizzoni, e dovetti pervenire alle seguenti conclusioni:

1. Le statistiche razionali del tetano mostrano migliori risultati con l'acido fenico che con i preparati sieroterapici.
2. Il fenolo dev'essere usato in dose alta e per iniezione ipodermica. É di comoda, pronta pratica ed economica somministrazione.
3. Sotto la sua azione si mitigano le contratture e gli spasmi in modo sensibile.
4. L'acido fenico agisce nel tetano specialmente come antitossico e come moderatore del potere riflettore dei centri-nervosi.
5. La disinfezione locale energica e il sostentamento delle forze sono i cardini della cura del tetano.
6. La sieroterapia è utile come cura preventiva, e, a tetano sviluppato, quando sia possibile d'intervenire presto o ancora persiste la genesi di tossina. I risultati terapeutici che essa ha dato, non si possono misconoscere, ma non sono neanche molto dimostrativi e brillanti. Quando pure essa fosse la più perfezionata, non potremo mai bandire la cura sintomatica.
7. Un tetanico deve essere curato con criterii eclettici, tenendo conto e della eventuale lesione di continuo, e dell'intensità dell'intossicazione, e della sua durata, e delle condizioni peculiari del soggetto. L'acido fenico adempie una buona parte delle indicazioni curative, e s'adatta quindi bene alla massima parte dei casi.

Già nel 1888 si accennò all'uso dell'acido fenico nella cura della tubercolosi pulmonare nella nostra clinica.

Iniettato prima in forte dose e in soluzione oleosa e più di recente in dosi giornaliere di 2-5-10 centig. in soluzione acquosa, l'acido fenico fu spesso ordinato dal Baccelli in speciali casi di tubercolosi pulmonare, specialmente come antipiretico e come balsamico.

Degli effetti di esso, se non è lecito dire che furono sempre *brillanti*, e se non è tuttavia possibile fissare esattamente le condizioni in cui giova di sicuro, sta di fatto che l'abbiamo visto con vero vantaggio ordinare dal nostro maestro. In genere ei lo preferisce nei casi di tubercolosi torpida anche con escavazioni.

(*continua*)

(1) A. Zeri, *La cura del tetano secondo il metodo Baccelli. — XXVI casi di guarigione.* — Supplemento al Policlinico, 1897, n. 32.

(2) V. Ascoli, *Sulla attuale terapia del tetano, specialmente con le iniezioni sottocutanee di acido fenico (Metodo Baccelli).* Bullettino della R. Accademia di Roma, anno XXIV, 1897-1898, fasc. IY.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE LAËNNEC DI PARIGI — Merklen

L'importanza dell'emozione nell'asistolia; asistolia epatica. — Una donna obesa, di 38 anni lavandaia, è entrata all'ospedale il 20 novembre in piena crisi di asistolia generale. Gli accidenti gravi erano insorti da otto giorni dopo la notizia che sua figlia fu morsa da un cane; cominciò allora a soffrire oppressione, dispnea, edema agli arti inferiori. Ma questa donna ad 11 ed a 15 anni ebbe due crisi di corea acuta, da 15-19 anni sei nuovi attacchi di reumatismo articolare; v'era quindi più del bisogno per sospettare una lesione dell'endocardio: questa donna, difatti, avea un'insufficienza e stenosi mitralica. Il vizio ben compensato le avea permesso una gravidanza ed un parto senza accidenti. Da molti anni, la malata però abusava di alcoolici, e questa tossiemia lenta dovette determinare la sclerosi del miocardio. Al momento della sua ammissione all'ospedale ella era ortopnoica, con edema notevole delle basi pulmonari e degli arti inferiori; le urine erano rare e cariche di urati; il fegato era di cm. 23 lungo l'emiclaveare; il cuore era molto dilatato in tutti i sensi, la tensione arteriosa lievemente aumentata; c'era tachicardia aritmica, soffio sistolico mitralico, forse ancora un soffio sistolico tricuspidale; il numero dei battiti cardiaci era di 160. Si applicano delle ventose scarificate sul fegato, si dà il latte, la digitalina (gr. 0, 001), e si ottiene un rapido miglioramento; però l'ottusità epatica, la tachicardia rimanevano tal quali; si costatava però meglio un soffio sistolico e presistolico con *bruit de rappel.* Però il 28 novembre ebbe una nuova crisi di asistolia dietro una prova di alimentazione. Al 10 dicembre pur persistendo i fenomeni fisici dell'affezione mitralica e la tachicardia, lo stato era soddisfacente. Ma la sera dello stesso giorno, in conseguenza di un'emozione, il fegato le si tumefece di nuovo. Dal 10 dicembre lo stato delle sue funzioni digestive è mediocre, talvolta cattivo; la sua tinta è terrea, con lieve colorazione sub-itterica delle sclerotiche; le urine sono rare, cariche di urati, scarse d'urea, contenenti urobilina. La sua

funzione epatica è insufficiente; il fegato è doloroso e misura cm. 53 sulla mammillare, spesso vi si percepisce qualche battito. Al 10 gennaio vi ha versamento siero-fibrinoso nella pleura destra; questa pleurite era probabilmente consecutiva ad una peri-epatite.

Che importanza ha l'emozione nella patogenesi di questi accidenti? Il Corvisart consacrò alla influenza delle affezioni morali, sulla produzione delle malattie organiche di cuore, una pagina eloquente e classica. Ma esse non intervengono che per favorire lo sviluppo dell'arterio-sclerosi. Ma è difficile comprendere l'asistolia per emozione; si può certamente invocare uno spossamento nervoso momentaneo diminuente la tonicità o la contrattilità di un miocardio alterato, donde insufficienza e dilatazione del cuore; ma questa è una semplice ipotesi, senza altra base che qualche fatto sperimentale del Balnit. Invece di agire sul sistema nervoso cardiaco, l'emozione può determinare, per l'intermediario dei vaso-motori uno spasmo arterioso periferico ed una ipertensione che forza il miocardio (Huchard). Si produrrebbe qualche cosa di simile alle crisi di dilatazione angiospastica, del cuore, osservate dal Jacob in certe donne nervose, dietro sforzi, emozioni od al contatto di acqua fredda. Queste crisi consistono in angoscia, dispnea, palpitazioni, vertigini, polso frequente, piccolo e duro, con aumento dell'ottusità trasversale del cuore e durano un'ora o più. Esse, secondo Jacob, sarebbero dovute ad uno spasmo vascolare; ciò verrebbe anco provato dall'azione favorevole della morfina.

A quale di queste due ipotesi, dello spossamento dell'innervazione miocardica o della dilatazione angiospastica del cuore, bisogna attribuire l'asistolia nel caso presente? Niente permette di optare per l'una o per l'altra. È interessante però notare che lo shoch nervoso ha interrotto il periodo di compenso.

Qui la congestione epatica fa parte integrante della sindrome asistolica. Si sa che nell'asistolia il fegato va soggetto a certi ingrandimenti variabili e transitorii, che possono scomparire sotto la influenza della cura. Però l'Andral, e poi molti hanno osservato un'evoluzione anormale nella congestione epatica, in cui i cardiocinetici non rimuovono la congestione epatica pur combattendo gli altri fenomeni asistolici. Ciò è capitato nell'inferma del Merklen, che era così colpita da una asistolia parziale, *asistolia epatica* (Hanot). Questa è caratterizzata da fegato grosso e da disturbi digestivi. Si può in tali casi pensare ad un'affezione primitivamente epatica se non si ha cura d'esaminare il cuore e le basi pulmonari. L'epato-megalia è variabile da un giorno all'altro e nel corso della stessa giornata. Quest'epato-megalia è dolorosa; tal carattere, come quello della variabilità e della pulsatilità appartiene al fegato cardiaco in genere. La pulsatilità non è un carattere costante, poichè forse, nei casi in cui si trovi un simile fegato, la stasi è grave, non esistono quindi le condizioni per la produzione del polso epatico. Il piccolo fegato della insufficienza organica della tricuspide è più pulsatile del grosso fegato dell'insufficienza per stasi. Il polso epatico, poi, non si produce se non difficilmente nella cirrosi cardiaca, l'indurazione sclerosa del fegato non prestandosi più all'espansione dell'organo.

Nel caso presente vi ha più che una semplice stasi sovra-epatica; il fegato è sede di una infiammazione sub-acuta che prepara ed attiva la cirrosi. Esso è duro, sovratutto a livello del lobo sinistro, vi ha di più una pleurite destra con versamento, attribuibile alla peri-epatite. La milza è più grossa che allo stato normale. Il fegato poi è alterato funzionalmente come provano i disturbi gastro-intestinali.

Tre circostanze principalmente paiono favorire lo sviluppo della asistolia epatica: una disposizione anatomica particolare delle vene sovra-epatiche, la dilatazione per miocardite cronica dell'orecchietta destra, ed, infine, una tara anteriore del fegato.

Il calibro largo delle sovra-epatiche, la loro facile dilatabilità, l'assenza delle valvole, l'abboccamento nella vena cava inferiore molto vicino alla sua apertura nell'orecchietta destra, spiegano perchè la stasi ed il riflusso auricolare destro si manifestino immediatamente dal lato del fegato con la tumefazione e la pulsatilità. Talvolta queste condizioni anatomiche son tali che il fegato solo subisce il contraccolpo della retrostasi auricolare. (Ganot, Parmentier ed Hayem).

Dehio e Radasevsky pensano che la sclerosi auricolare debba essere ricercata allo stesso titolo della sclerosi ventricolare, ed il Radasevsky le attribuisce anco l'aritmia, di cui si conosce e l'incostanza e l'oscura patogenesi nella miocardite cronica in genere.

L'asistolia epatica dipende quasi sempre da una tara anteriore del fegato, e contemporaneamente da condizioni anatomiche ed anatomo-patologiche delle vene sovra-epatiche e dell'orecchietta destra. L'alcoolismo, le auto-intossicazioni d'origine intestinale, la litiasi biliare, la gotta, l'obesità, le gravidanze ripetute sono state giustamente incriminate come predisponenti alle stasi epatiche prolungate. L'alcoolismo é presente nell'anamnesi dell'ammalata presente, ed il Merklen é quasi indotto a pensare che essa sia colpita da una cirrosi ipertrofica. A vero dire, la diagnosi differenziale tra l'asistolia epatica e la cirrosi cardiaca ipertrofica non può essere fatta, il loro decorso clinico essendo quasi identico (Gilbert e Surmonts).

Il Merklen pensa che nel suo caso si tratti di una cirrosi cardio-epatica, preparata dall'alcoolismo ed esasperata dall'asistolia.

La prima indicazione è di lasciare in riposo ed al regime latteo per parecchi mesi questa malata. I cardio-tonici ritroveranno la loro efficacia quando la flogosi diminuirà o cesserà. La digitalina ed i purganti han dato risultati di corta durata; la teobromina ed i sali di potassio non hanno agito. Il Merklen tenterà l'associazione della tintura di strofanto e della teobromina. Nelle miocarditi croniche aritmiche lo strofanto dà buoni risultati tanto come cardio-tonico che diuretico.

La prognosi è riservata.

CLINICA MEDICA DI NANCY — Spillmann

Disturbi trofici ossei e articolari in un uomo affetto d'atrofia muscolare mielopatica G. Etienne.—In collaborazione col dottor Prautois ha pubblicato nel 1894 questa storia clinica riferentesi ad un ammalato di 48 anni, affetto da atrofia muscolare mielopatica, tipo Aran-Duchenne tipica, ma complicata ad artropatie estremamente accentuate. D'allora quest'infermo è venuto spesso all'ospedale civile per farsi visitare, poi entrò in clinica ove soccombette a causa dei progressi fatti dalla malattia. Pertanto oggi completa la storia già pubblicata, aggiungendone la autopsia.

Il 15 aprile 1895 l'ammalato si presenta in clinica, mostrando un tumore grosso quanto una testa di feto, bluastro, ecchimotico, di consistenza molle, fluttuante. Questa tumefazione gli era comparsa lo stesso giorno in seguito a falso movimento e consecutiva caduta, nel mentre si abbigliava. Tre settimane più tardi il tumore è ancora sensibile alla pressione, la pelle che lo ricopre ha ripreso il suo colore e il suo aspetto normale; fluttuazione vaga. Tubercolosi polmonare al suo inizio. In luglio, orchite tubercolare del testicolo destro. In settembre, si constata a livello dell'articolazione scapolo-omerale destra, la presenza di una nuova placca osteofitica, larga, quasi 10 centimetri, in forma di corazza, situata dietro l'antica. Il 25 ottobre l'ammalato, assolutamente impotente, rientra in clinica. L'atrofia muscolare è al maximum, il paziente sembra ischeletrito. Cachessia profonda. Escare al sacro, profonde e che scoprono l'osso; escara, larga come un pezzo da 5 franchi a livello della clavicola destra, ad un centimetro al di fuori dell'articolazione sterno-clavicolare. Da lungo tempo, infatti, in seguito all'atrofia precoce dei muscoli della nuca, l'ammalato porta la testa inclinata in avanti. Rapidamente la clavicola si denuda, un'escara compare a livello della spina dell'omoplata sinistro. Il cercine pseudo-edematoso dell'ascella destra persiste. Ulcerazione della cornea destra. Cachessia estrema. Mai ha presentato dei sintomi bulbari. L'ammalato soccombe in seguito ad una vera cachessia trofica il 29 ottobre 1895 alle 7 del mattino.

Autopsia (eseguita il medesimo giorno alle dieci). — Cadavere in perfetto stato di conservazione. Si è colpiti dalla molteplicità, dalla estensione e dalla profondità delle escare. Ulcerazione profonda alla cornea dell'occhio sinistro. All'apertura del tumore dell'ascella destra si vede come esso è costituito da una sacca sviluppatasi nel cellulare sotto-cutaneo, le cui maglie sono lasse, e comunicante largamente e liberamente con l'articolazione scapolo-omerale. Al momento dello sforzo fatto dall'infermo, si dovette produrre una rottura della sinoviale, con irruzione del liquido articolare, che si è incistato, spingendo in avanti il cellulare e dando luogo alla formazione della bozza. Questa sacca conteneva un 1|2 litro di liquido brunastro, torbido.

Nel cavo pleurico esisteva una notevole quantità di liquido citrino; aderenze pleuriche che cedevano facilmente.

A sinistra, nei polmoni, congestione alla base, bronchite. Infiltrazione tubercolare dell'apice; tubercoli grigi e duri. A destra: atelettasia del lobo inferiore e medio con infiltrazione tubercolare, bronchite. Nel lobo superiore, tubercoli cretacei.

Leggiera infiltrazione adiposa nel cuore. Nessuna lesione valvolare. Qualche vegetazione ateromatosa molle all'aorta.

Il fegato era grasso, pastoso, non friabile, lieve congestione venosa.

La milza un po' grossa di consistenza normale.

Decorticazione difficile dei reni, fatti lievi di nefrite interstiziale.

Eravi orchite tubercolare doppia.

La capsula dell'articolazione scapolo omerale è enormemente distesa; alla periferia della articolazione esistono una serie di osteofiti che hanno sede a livello dei tendini periarticolari dei muscoli deltoide, piccolo pettorale, corta e lunga porzione del bicipite e del coraco-brachiale, e sotto-spinoso.

Sistema nervoso. — La midolla non presenta alcuna alterazione macroscropica; al taglio non si notano nè tumori gliamotosi, nè cavità.

Al taglio le corna anteriori sono un po' diminuite di volume. Le grosse cellule del gruppo anteriore sono meno numerose del normale, atrofiche, deformate, arrotondite; e alcune sono ridotte a degli ammassi granulari. Tra queste cellule più o meno alterate ve ne sono alcune intatte. Col metodo di Nissl si trova scomparsa centrale dei corpi di Nissl; colorazione diffusa, tendenza dei nuclei a diventar periferici in molte cellule. L'ematossilina d'Heidenhaim e l'eosina mostrano la nevroglia aumentata di quantità. Cilindrassi persistenti in tutti i tubi. Sclerosi vascolare. Il canale ependimario è quasi completamente ostruito da un annesso di cellule epiteliali (provenienti da desquamazione dell'epitelio ependimario medesimo). La colorazione di Weigert mostra alterazione della mielina, sclerosi disseminata dei cordoni posteriori; scomparsa la mielina in un certo numero di tubi del fascio di Goll. Tutte queste alterazioni

sono identiche nella midolla cervicale e nella lombare. Le radici non presentano alterazioni notevoli.

Nei piccoli filetti muscolari dell'eminenza tenare scomparsa delle fibre nervose, numerosi tubi senza cilindrasse. Aumento del connettivo interstiziale.

Nel mediano, cubitale e radiale diminuzione del numero dei filetti nervosi, lieve infiltrazione connettivale. Le lesioni sono meno pronunziate che nei filetti terminali.

Muscoli. — Atrofia muscolare straordinaria, specie a destra. I muscoli dell'eminenza tenare sono ridotti a delle fibre bianche, di consistenza ed aspetto gelatinoso. Tutti i muscoli del corpo in generale, non appaiono che sotto la forma di piccole lamine o di esili cordoni, scoloriti. I massateri, i muscoli della lingua, quelli della faccia e del palato, soltanto sembrano presso a poco normali.

All' esame istologico nei muscoli dell'eminenza tenare di destra si nota un' atrofia notevolissima semplice, aumento del connettivo e notevole proliferazione nucleare.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Presidente Perroncito

Seduta del 13 luglio 1899

(nostro resoconto particolare)

Belfanti e Zenoni. **Sulla recente epizoozia dei polli in Lombardia.** — Comunicano le loro esperienze sulla recente epizoozia dei polli in Lombardia e concludono che non ha che fare col *colera dei polli* pel fatto che le lesioni più importanti e spiccate in esso sono date dall'apparato respiratorio e del pericardio anzichè dal tubo digerente. Ma dal lato batteriologico specialmente, le differenze fra il bacillo che essi isolarono e quello del vero colera dei polli nel concetto di Pasteur, sono così evidenti che non è possibile confonderli. Si hanno come caratteri differenziali essenziali: 1. che il bacillo ora isolato, non compare mai o assai di rado nel sangue: 2. che è dotato di mobilità: 3. che cresce bene su colture anaerobiche: che è scarsamente patogeno pel coniglio, pel topo, e pel colombo. Oltre a ciò, i caratteri morfologici rilevati acquistano un'importante significato specialmente pel fatto che sono l' espressione di modificazione della virulenza e a tale varietà fan riscontro il quadro multiforme delle lesioni anatomiche.

Raffrontando la recente epizoozia dei polli in Lombardia con quella svoltasi contemporaneamente in varie parti del Piemonte concludono per l'identità delle due, tenuto calcolo però dei gradi diversi di alterazione e di un grande pleomorfismo. Il bacillo isolato da loro corrisponde a quello descritto da Foà e Demel e dal dott. Mazza, soltanto ha presentato una virulenza assai superiore. L'epizoozia in quest' anno presenta pure molti punti di raffronto con la epizoozia tifoide che ha dominato intensamente nel Novarese nel 1893-94 e che da Perroncito venne ritenuta una variante del colera dei polli. Qualora però vogliamo attenerci rigorosamente ai caratteri batteriologici scolastici della forma tipica del colera dei polli, non regge l'identificazione.

Belfanti. **Sulla diffusione del presame e dell' antipresame nell' organismo animale.** — Riferendosi alla sua ultima comunicazione fatta all'Accademia, riferisce che dopo aver notato come nell'organismo di alcuni animali a lato del fermento del caglio, esiste un'antifermento che si comporta nella sua azione riguardo ai precipitati ed alla temperatura nello stesso modo dei sieri antitossici, studia la diffusione nell'organismo sia del fermento che dell'antifermento servendosi nelle sue esperienze di cavie, cani, conigli, vitello e vacca.

Egli notò che in tutti gli organi di questi animali si contiene in notevole proporzione del presame. Il quantitativo di presame nei varii organi appare quasi uguale; solo i muscoli ne contengono meno. Per ciò che concerne l'antifermento, questo, si trova tutto raccolto nel siero del sangue e quivi ha l'assoluto predominio nella quantità e proporzione che il Belfanti espose nella precedente comunicazione.

Zenoni. **Di una nuova forma di anemia da sieri tossici.** — Comunica come alcuni animali trattati con iniezioni di sangue proveniente da animali di specie diversa, presentano dopo un certo tempo un siero sanguigno il quale ha proprietà velenose per la specie animale che ha formato il sangue. Bastano pochi cc. di questo siero per provocare, quando vengono introdotti nell'organismo, la morte.

Zenoni ha trovato che iniettando questi sieri tossici direttamente nelle vene del coniglio alla dose di alcuni cc., si provoca una forma acutissima di grave anemia il cui significato ha grande interesse per la patogenesi delle anemie primarie come per la ematologia.

P. Robecchi. **Sulla tossicità del tessuto placentare in donne normali, malate e gravide.** — Riferisce quanto potè osservare iniettando estratto di tessuto di placenta normale di donne sane convenientemente preparato: gli animali su cui esperimentava erano i cani. Il tessuto della placenta è notevolmente tossico: si ha costantemente la morte del cane, quando la quantità di sostanza placentare che passa nell'estratto che di questo tessuto si fa con soluzione fisiologica raggiunge, iniettata nelle vene, la dose di 0, 62 per ogni cento grammi di animale. I fenomeni essenziali riguardano il sistema nervoso e l'intestino, gli animali presentano

disturbi nell'andatura e poi sintomi di depressione generale. Il sangue perde rapidamente la proprietà di coagulare. Già 10 minuti dopo l'iniezione, raccogliendo, da una vena, qualche centimetro cubo di sangue in una provetta, questo si mantiene liquido per un tempo indefinito. La morte avviene in coma preceduto o no da contrazioni. Quando il decorso non è troppo rapido, si hanno fenomeni di grave enterite, scariche diarroiche ripetute, alle volte sanguinolenti, alcune volte costituite da sangue puro. Alla necroscopia il reperto più importante è quello dato dall'intestino in cui a seconda dei casi si può notare da una semplice iniezione vasale, ad un'arrossamento diffuso per grandi tratti della mucosa, fino ad aversi delle vere ed imponenti emorraggie sottomucose.

Perroncito. **Azione del timolo.** — Ha constatato l'azione prontamente mortale ed anche disorganizzatrice della soluzione satura di timolo sopra monadi flagellati ed infusori di specie varie; esperienze che spiegano i risultati ottenuti dal dottore Borini e da altri colla somministrazione del timolo seguendo il metodo Bozzolo. Aggiunge di avere sperimentato la stessa soluzione satura sopra tenie serrate e di avere osservato che queste vi muoiono in un periodo di tempo che varia fra sei e nove minuti primi, ciò che prova l'azione tenicida sicura dello stesso rimedio.

Borini. **Associazioni microbiche.** — Comunica una nota sopra l'associazione parassitaria del nuovo protozoa recentemente scoperto dal Perroncito con flagellati di specie diverse, tricocefali e rari anchilostomi, assieme ad elementi del *cripthococcus guttulatus* in un fornaciaio profondamente anemico, che sarebbe guarito contemporaneamente di tutte le specie parassitarie in seguito alla somministrazione dell'acido timico seguendo il metodo suggerito dal prof. Bozzolo.

U. Calamida. **Sulla fine distribuzione dei nervi nelle tonsille.** — Servendosi del metodo rapido di Golgi e delle sue varie modificazioni in tonsille faringee e boccali prese al vivente, potè seguire le diramazioni nervose nell'interno di questi due organi fino alla loro terminazione: potè assodare l'esistenza, oltrechè dei soliti plessi perivasali e connettivali anche di fini ed eleganti plessi perivasali ed intra-follicolari con terminazioni libere a clava, a bottoncino, a gomitolo ecc: seguì inoltre il decorso delle fibrille fino entro l'epitelio. terminanti qui pure a clava, a pallina. Colla reazione nera dimostrò pure l'esistenza di rigonfiamenti gangliari nei plessi connettivali e rese evidenti forme speciali già descritte da taluni autori, di cellule connettive.

U. Calamida. **I blastomiceti nella tonsilla faringea.** — In 45 tonsille faringee ipertrofiche tolte al vivente ed in 7 normali tolte al cadarere coi metodi specifici di colorazione, ha messo costantemente in evidenza dei corpicciuoli, interpretati oggi come blastomiceti. Si riserva di ritornare sull'argomento coi reperti batteriologici.

Treves. **Dell'azione del salasso e della ventosa di Junod sulla pressione arteriosa dell'uomo.** — Studiò nella clinica medica propedeutica diretta dal Professore Forlanini l'influenza che il salasso può esercitare sulla pressione arteriosa dell'uomo. Si valse a tale scopo dello sfigmomanometro Riva-Rocci. Misurò la pressione degli individui assoggettati al salasso, prima, durante e dopo l'intervento terapeutico: indi a conferma dei risultati e per aver un più largo campo di esperimento ricorse come succedaneo del salasso alla ventosa di Junod. Le esperienze in numero di 27 complessivamente sono riportate in altrettante tavole grafiche da cui a colpo d'occhio è possibile rilevare l'andamento così della pressione arteriosa, che della frequenza del polso durante tutto il periodo dell'esperienza. Da questi studi risultò, insieme a numerose altre considerazioni, che nè il salasso nè la ventosa di Junod sono per sè capaci, di indurre un'apprezzabile diminuzione della pressione arteriosa; che la forza con cui l'organismo umano tende a mantenere ferma la propria pressione arteriosa di fronte ai detti mezzi meccanici di cura, è tale che per vincerla occorre arrivare a dei limiti, che sono assolutamente al di là di quello ch'è concesso dalla comune pratica terapeutica; e che per conseguenza l'azione in molti casi indubbiamente efficace così del salasso che della ventosa di Junod vuol essere cercata per altra via, all'infuori di quella puramente meccanica,—per una modificata distribuzione della massa del sangue.

M. Treves. **Influenza dell'esercizio del nuoto sulla temperatura del corpo.**—La temperatura veniva esaminata, prima, durante, dopo l'esercizio. Lo speciale termometro di precisione adottato (capace di registrare 1|50 di grado) veniva tenuto in bocca: in ulteriori esperienze a scanso di possibili errori venne pure adottata la via rettale. Parallelamente alle esperienze nel nuoto, furono pure fatti a scopo di confronto parecchi esperimenti circa l'andamento della temperatura per l'esercizio del remo e di altri esercizi ginnastici. Le esperienze complessivamente in numero di 25 sono riportate in altrettante tavole grafiche in cui in una alla curva risultante dall'unione dei gradi di temperatura successivamente riscontrati, è registrata l'età del soggetto, la località, l'ora in cui fatto l'esercizio, la sua durata, la temperatura dell'aria e quella dell'acqua.

A scopo di chiarezza non furono ivi riportati altri reperti contemporaneamente avuti e riguardanti l'andamento della respirazione, del polso, e

della pressione arteriosa, argomenti su cui si riserva di ritornare con ulteriori esperienze.

Dagli esperimenti fatti risulta:

1° Che a differenza degli altri esercizii ginnastici l'esercizio del nuoto produce costantemente, per quanto intenso sia il lavoro muscolare, un'abbassamento della temperatura del corpo.

2° Che il detto abbassamento di temperatura è in diretto rapporto della temperatura dell'acqua, e più ancora in diretto rapporto alla durata dell'esercizio.

3° Che l'abbassamento di temperatura per limiti fisiologici di esercizio può variare da pochi decimi di grado fino ad uno massimo di un grado centigrado.

4° Che l'abbassamento della temperatura negli individui allenati avviene in grado molto minore.

5° Che per esercizi forzatamente protratti la temperatura del corpo può discendere a cifre anche più basse (in un caso 35,6): fenomeni morbosi. (brividi, tremore generale, cianosi al viso ed alle estremità, ansia precordiale, polso piccolo, frequentissimo, mutolezza ecc.).

6° Che l'abbassamento di temperatura dura dopo cessato l'esercizio per un periodo di tempo che varia in ragione diretta della durata del soggiorno in acqua, in ragione inversa dell'attività muscolare successivamente esplicata (« reazione »). Esso è constatabile per un periodo di tempo che può protrarsi da 15-20 minuti fino a 2 e più ore.

Varaglia. **Il tessuto elastico nella membrana del timpano.**—Trova col metodo Unna Tänger, abbondante il tessuto elastico nella membrana del timpano; si distinguono fibre raggiate, fibre circolari e fibre di anastomosi fra le circolari e le radiali.

F. Burzio. **Un caso di paralisi generale giovanile.**—Fu da lui studiato dal lato clinico ed anatomo-patologico, importante in quanto che mette in rilievo il rapporto etiologico della sifilide e dell'ereditarietà neuropatica colla paralisi generale e dimostra l'analogia clinica ed anatomica della paralisi giovanile colla forma comune degli adulti.

Burzio. **Un caso di rammollimento embolico del nucleo lenticolare interessante la capsula interna.** — Si era manifestato clinicamente sotto forma di emiplegia con dolori ed accessi di riso spasmodico incoercibile. Quest'osservazione contribuisce a delucidare la localizzazione tanto delle vie destinate alla trasmissione delle impressioni dolorifiche quanto del fascio di fibre che dalla corteccia cerebrale conduce gl'incitamenti ai centri di coordinazione dei muscoli della mimica situati nel talamo ottico.

T. Carbone e Generali. **Sulla patogenesi della gotta.**—Partendo dall'ipotesi che questa sia dovuta ad una iperproduzione locale di acido urico vollero ricercare se iniettando soluzioni di urati nel midollo osseo si ottenessero depositi urici nelle cartilagini articolari; ma i risultati furono sempre negativi. Così pure le iniezioni endoarticolari di urato neutro o di biurato di soda in soluzione non produssero mai notevoli fatti infiammatorii o necrotici. Tali fenomeni si ottennero invece spiccatissimi colle iniezioni endoarticolari di cloridrato di adenina. Inoltre questa base allossurica, che si può produrre in notevole quantità nella scomposizione delle nucleine del midollo osseo, ha la proprietà di formare coll'acido urico un composto che, in certe condizioni, è straordinariamente insolubile. Rimanendo questi due fatti con quello recentemente osservato da Minkowski, il quale produsse infarti urici somministrando al cane, per bocca, dell'adenina, ritengono che all'adenina spetti una parte importante nella patogenesi della gotta. Essa produrrebbe necrosi e processi infiammatori nei tessuti, fissandovi contemporaneamente l'acido urico in forma di urato di adenina; solo più tardi questo si trasformerebbe in urato sodico.

Fornaca

Movimento biologico universale

1. Chaillous, si occupa del « **tetano a frigore** ». È una forma di tetano, che differisce dalle forme di tetano vero, per l'agente causale. Le variazioni brusche di temperatura favoriscono la comparsa di questa malattia. È frequente in certe epoche dell'anno e nei paesi intertropicali ove le giornate calde sono seguite da notti estremamente fredde. Pare che l'agente che lo produca sia lo pneumococco. La mortalità è del 40 0|0. La prognosi è grave, ma meno di quella grave del tetano traumatico. (*Gazette hebdomadaire de mèdecine et de chirurgie*, n. 57-16 luglio 1899).

2. A. Krokiewicz pubblica il « **terzo caso di tetano traumatico guarito colle iniezioni di emulsione di cervello** ». Anche in questo caso i narcotici, come la morfina e l'idrato di cloralio e gli altri rimedi antitetanici, come ioduro di potassio, fenacetina, antipirina erano rimasti senza effetto, mentre le iniezioni sottocutanee di emulsione di cervello, che sono del tutto indolenti, produssero subito un manifesto miglioramento e poi la guarigione. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 28, 1899).

3. Bezançon e Clerc, presentano alla Società anatomica di Parigi i preparati di un caso di « **leucemia acuta** », che si è svolto come una malattia infettiva acuta in una donna di trentacinque anni. L'esame del sangue, fatto tre giorni prima di morire, mostrò 80000 globuli bianchi su 900000 globuli rossi. La cultura del sangue fu negativa. (*Societè anatomique*, 7 luglio 1899).

4. Blat afferma la « **non esistenza delle arteriti reumatiche** ». Queste dipendono dall'esistenza di emboli. I grumi e le vegetazioni intracardiache sono il punto di partenza di questo embolo. (*Thèse de Lyon*, 1898-99).

5. Rosenheim riferisce un caso di « **spasmo ed atonia dell'esofago** » osservato in un uomo di sessantasette anni. Dapprincipio si sospettò una stenosi esofagea, ma poi l'esofagoscopia mostrò a chiare note che trattavasi di fatti semplici di spasmo. Difatti gli analgesici (eucaina, morfina) guarirono il paziente. (*La Presse mèdicale*, n. 56, 15 luglio 1899).

6. Cavazzani riferisce un caso di « **ematemesi essenziale** ». Quanto alla eziologia sarebbe difficile volerla precisare; sonvi però presunzioni sufficienti per supporne la natura itterica, e cioè l'ereditarietà nevropatica, il carattere singolare dell'inferma la sua strana tendenza a nascondere l'ematemesi, la coincidenza di questa col periodo mestruale. Queirolo ammetterebbe invece una forma speciale di emofilia (gastrica). (*La Settimana medica*. n. 28,15 luglio 1899).

7. Abram come « **contributo allo studio della etiologia e della patogenesi dell'ulcera semplice dello stomaco** » dice che essa nel maggior numero dei casi è dipendente da un disturbo profondo e generale della nutrizione, come l'artritismo, l'alcoolismo, l'arterio-sclerosi etc. (*Thése de Paris*, 1898-99).

8. Goldscheider, riferisce di un caso osservato di « **peritonite fibrino-purulenta, icorosa, generalizzata** » la quale fortunatamente andò a guarigione, dietro però la cura operativa ed il lavaggio del peritoneo con soluzione fisiologica di cloruro di sodio. (*Prager medicinische Wochenschrift* n. 28, 13 luglio 1899).

9. Tripier e Paviot si occupano « **della patogenesi della crisi appendicolare** ». Concludono che ogni crisi appendicolare corrisponde ad un'infiammazione del peritoneo, cioè ad una periappendicite. Questa sopravviene in seguito a lesioni iniziali dell'appendice, in seguito a causa generale o locale, ma piuttosto generale. Questa per appendicite può essere anche qualche volta primitiva, essendo la peritonite fin dal principio generalizzata o propagata da un organo vicino. Questi dati relativi alla patogenesi della crisi appendicolare dovranno essere presi in considerazione nelle indicazioni riguardanti la cura. (*Archives générales de Mèdecine*, tom. II, 1899).

10. Letulle riferisce di una « **cisti chilosa del mesentere** ». La parete è costituita da uno strato fibro-connettivale ricchissimo di fasci muscolari lisci, di follicoli e vasi linfatici e la faccia interna della cisti è tappezzata da uno strato unico di cellule endoteliali. (*Société anatomique*, 2 giugno 1899).

PATOLOGIA MEDICA

IL CONTENUTO DI UNA CISTE PANCREATICA

Le cisti pancreatiche finora descritte hanno per lo più un contenuto fluido rosso-bruno che va fino al nero, d'ordinario leggermente mucoso, la reazione è quasi sempre alcalina e contiene una notevole quantità di sostanze organiche e frequentemente fermenti. Il peso specifico è 1010 - 1020. Zdarek ha avuto occasione ultimamente di fare l'analisi chimica di un contenuto di ciste, non ordinario (*Wiener klinische Wochenschrift* n. 29, 1899). Esso era in quantità di 470 cmc. era incoloro, inodoro, debolmente opalescente, come se sottili particelle fossero sospese nel liquido. Lasciato in riposo, nel fondo si raccoglieva un deposito fioccoso, che all'esame microscopico non aveva alcuna struttura caratteristica ed aveva l'aspetto di fiocchi di muco o di fibrina. Esistevano inoltre corpuscoli bianchi del sangue, come linfociti e grandi cellule dell'aspetto dei corpuscoli salivari, inoltre alcune cellule endoteliali, che dovevano originare dalla parete della ciste.

Il liquido era fluente e reagiva neutro: era leggermente salato al palato. La ricerca fatta in riguardo ai corpi albuminoidi ed agli enzimi diede il seguente risultato: L'acido acetico alla temperatura dell'ambiente non produceva alcun intorbidamento; con ciò è esclusa la presenza di nucleoalbumine, nucleo-proteina e di rilevanti quantità di mucina. Acidificando il liquido con acido acetico e facendolo bollire si aveva uno scarso precipitato. Degli enzimi fu ricercata la pepsina, la tripsina, lo enzima diastasico ed il fermento che scinde il grasso. A questo scopo 100 cmc. del liquido cistico furono addizionati della quantità quadrupla di alcool, filtrati ed il filtro insieme col deposito venne posto in un tubo di vetro, disseccato in una corrente di aria secca elevato con acqua distillata. Per il saggio della tripsina e della pepsina, i fiocchi di fibrina da una parte furono trattati con acido cloridrico 4 °/₀₀ e dall'altra con soluzione di soda molto diluita. Non ebbe luogo alcuna digestione. Per il fermento diastasico una quantità di liquido cistico fu trattato con soluzione di amido, e tenuta per un'ora a 40°. Il miscuglio riduceva subito e fortemente la soluzione di Fehling. Un altro saggio fu fatto con grasso neutro per un'ora a 40°. Non ebbe luogo alcuna scissione del grasso che però venne emulsionato.

Esame dell'estratto etereo: 100 cmc. di liquido cistico furono addizionati di lisciva di soda fino a reazione alcalina, furono agitati ripetutamente coll'ete

re. Evaporato l'etere e disseccato il residuo, risultò 0,0051 gr. di sostanza secca. Questa alla temperatura della stanza era di consistenza di burro, di colorito alquanto bleuastro. Fu saponificata con liscivia di potassa. Dopo aver ripreso il sapone con acqua, la sostanza fu di nuovo agitata con etere ed il miscuglio etereo fu separato ed evaporato. Il residuo diede chiaramente la reazione del colestolo di Liedermann. La soluzione di sapone trattata con l'etere fu acidificata con acido solforico diluito ed agitata un' altra volta con l'etere.

Il residuo dell'evaporazione del liquido etereo, che, a giudicare della consistenza oleosa, doveva constare a preferenza di acido oleico, fu disciolto in carbonato di soda, poi in soluzione acquosa di ammoniaca ed infine saggiato col cloruro di calcio e col cloruro di bario.

Del liquido acidificato con acido solforico 0,1115 gr. si disciolsero e disseccati dopo l' evaporazione dell'etere sotto l'acido solforico concentrato, si ottennero in gran parte dei cristalli, solubili facilmente nell'acqua e che col cloruro di calcio e coll' ammoniaca davano un deposito bianco, che saturato con acido acetico diluito, dopo 24 ore vi rimaneva indisciolto, ed all' esame microscopico presentava cristalli di ossalati di calce. La quantità della sostanza che è andata disciolta nell'acqua consistente quasi esclusivamente di acido ossalico, era di 0,1085 gr. Il residuo diede le reazioni degli acidi grassi. Per il saggio della lecitina. una parte venne fusa con nitrato di soda; il miscuglio fu trovato esente di acido fosforico. Il filtrato dopo la coagulazione dell'albumina non riduceva la soluzione di Fehling. Non si trovarono nè leucina nè tirosina. Per il saggio dell'urea la sostanza fu precipitata con nitrato di mercurio e carbonato di potassa. il deposito trattato con idrogeno solforato, filtrato ed evaporato, e dopo l' aggiunta di carbonato di barite fu di nuovo filtrato ed evaporato. Ne risultò una sostanza di colorito alquanto brunastro, che si evaporava facilmente nell'acqua e coll'acido ossalico e nitrico dava un deposito, che aveva l'aspetto dei corrispondenti composti di urea.

Il liquido si mantenne inalterato per 5-6 giorni; poi si manifestarono fenomeni di putrefazione, il colorito divenne giallastro, l'odore alquanto fetido, la reazione alcalina. Infine Zdarek confronta il reperto da lui ottenuto con quello che finora è stato riscontrato da altri autori nelle cisti pancreatiche.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Per le cattedre di insegnamenti facoltativi.

Gli insegnamenti facoltativi rappresentano qualche cosa di occasionale, creata solo quando l'indiscussa competenza specialista di un individuo impone che gli si assegni una cattedra, donde egli possa impartire ai giovani le nozioni della sua specialità. Quì la cattedra è subordinata all'insegnante, la cattedra si crea per il professore, e non il professore si crea per la cattedra.

Quando queste ragioni individuali cessano, e non si hanno elementi per sostituire degnamente la personalità che è venuta a mancare, l'insegnamento facoltativo deve cessare perchè manca la ragione della sua esistenza. Non si può improvvisare un professore senza ledere fondamentalmente la dignità della cattedra e dell'Università rispettiva. Molte volte le Facoltà per non perdere il nuovo insegnamento vanno cercando l'uomo con la lanterna di Diogene, e come i pretoriani che cercavano Caligola dietro la porta od Eliogabalo nel tempio del sole per farne un imperatore, mettono a galla delle mediocrità che distruggono moralmente se non materialmente quella cattedra che si vorrebbe sostenere.

Meglio è in questi casi affidare l' insegnamento ad un professore di materia affine, aspettando che sorga l'uomo, il quale possa degnamente occupare il posto vacante.

FORMULARIO

Pozione ipnotica di cloralio

Idrato di cloralio	gr.	2 a 5
Bromuro di sodio	»	1 a 3
Sciroppo di codeina . } » di lauro ceraso }	anagr.	15 a 20
Acqua distillata	gr.	100

da prendere in 1-2 volte.

Simon. — Clisteri contro le convulsioni

Muschio	gr.	0, 20
Canfora	»	1
Idrato di cloralio . . .	»	0, 50 a 1, 50
Giallo d'uovo	n.	1
Acqua	gr.	100

per una volta.

Marfan. — Contro la tosse convulsiva

Bromoformio	gocce	XLVIII
Olio di mandorle dolci. . . .	gr.	20
Gomma adragante	»	2
Gomma arabica	»	4
Acqua di lauro-ceraso	»	4
Acqua distillata q. b.	per	120

Un cucchiaino da caffè contiene 2 gocce di bromoformio; al di sotto dei 5 anni, 4 gocce per ogni anno d'età; al di sopra dei 5 anni s'incomincia da venti gocce e s'aumenta di due a quattro gocce al giorno.

NOTIZIE E VARIETÁ

Una colonia marina per le donne anemiche

Sotto l'auspicio di poche e volonterose persone, si manderanno a Civitavecchia nove donne, affievolite da lungo lavoro, da scarso cibo, che, non potevano per ragioni di età giovarsi degli ospizi marini. È un' idea che si deve alla mente illuminata di una donna di cuore, la signora Virginia Nathan, che vide con dolore perire tante creature sofferenti, per mancanza di cure marine. Erano madri di famiglia, erano giovanette sostegno della casa che domani sarebbero tubercolose se oggi non si fossero curate. Ne parlò alla principessa di Venosa, a donna Giacinta Martini, alla direttrice della scuola professionale di Roma, alla signora Meyer, e tutte provvidero al mantenimento delle più bisognose in salute.

Il sindaco marchese Guglielmi, senatore del regno, e il marchese Giulio offrirono gratuitamente un loro appartamento a Civitavecchia, il sotto prefetto concorse con danaro, a quest'opera di grande e previdente beneficenza sta per compiersi.

Speriamo che l' istituzione trovi appoggio nel governo e nelle società ferroviarie per le facilitazioni indispensabili.

Colonie Apennine

Si è pubblicato il rendiconto annuale del Comitato direttivo delle Colonie Apennine.

I risultati ottenuti nel decorso anno non potrebbero essere più soddisfacenti.

Il numero dei bambini inviati è andato crescendo da 36 (nel 1896) a 80 (1897) e a 102 (1898). E tutti i piccini sono tornati notevolmente migliorati in salute, come si rileva dalle osservazioni fatte sui villeggianti prima della partenza ed al loro ritorno.

Nè potrebbe essere diversamente se si bada al trattamento dietetico che il Comitato usa coi suoi beneficati i quali passano poi il loro tempo all'aria libera dei boschi o fanno delle escursioni piacevoli.

Com'è organizzata a New-York la vendita del latte

La quantità giornaliera di latte venduta nella città è di litri 1,212,000. A questi si aggiungono 20000 litri di crema e 10000 di latte condensato. Le vacche lattifere, destinate al consumo della città, sono calcolate a 186,333 distribuite nei cinque Stati: New-York, New-Yersey, Pennsylvania, Connecticut e Massachussets. Le masserie situate in vicinanza immediata della città forniscono 332,000 litri di latte solamente; il rimanente, cioè 880,000 litri, viene per ferrovia.

Per la sorveglianza ed il controllo del latte, la città è divisa in distretti, ciascuno dei quali ha un ispettore. La ispezione è fatta all'arrivo dei treni. I vagoni destinati al trasporto del latte essendo fatti apposta, e forniti di apparecchi refrigeranti o di riscaldamento, per prevenire l'alterazione del liquido in estate e la congelazione in inverno, ed il trasporto avvenendo con grande velocità, il latte giunge per lo più in buone condizioni, anche dalle regioni più lontane. Le facilitazioni accordate dalla ferrovia ai fornitori, cioè apparecchi refrigeranti negli scali ed agenti per la sorveglianza durante il viaggio, contribuiscono ad assicurare la conservazione del latte.

A New-York nessuno può vendere o distribuire latte senza permesso dell'ufficio sanitario.

Gazzettino

LXVII Congresso dell'associazione medica britannica.— Si terrà a Portsmouth dal 1 al 4 agosto sotto la presidenza di Grainger Stewart.

MONACO (BAVIERA). Il barone Stheyl, deputato al Parlamento, elargì la cospicua somma di tre milioni di marchi a favore del movimento iniziatosi per combattere la tubercolosi.

BUKAREST. Secondo le statistiche ufficiali pubblicate di recente, la lebbra va assumendo delle proporzioni inquietanti in Romania. Ultimamente 164 casi di lebbra vennero curati nei varii ospedali ed è fuori di dubbio che di gran lunga maggiore fu il numero dei casi che si ebbero a deplorare fra i contadini e che non furono registrati. Per mettere un argine al diffondersi della malattia, il Governo rumeno ha deciso poco fa di fondare, a Dobrugea, nell'antico monastero di Amota, un ricovero per i lebbrosi.

PORTSMOUTH. A cura dell'*Association intelligence* sono state distribuite 6000 copie di un opuscolo redatto da apposito comitato in cui sono raccolte nozioni sulla pubblica salute, sulla mortalità per tubercolosi nei bambini, sul controllo del latte, sulla diagnosi batteriologica, sulla cura della tubercolosi, sulla disinfezione.

Un altro comitato è dedicato ad un lavoro simile per le malattie veneree.

Ed una terza commissione studia il riordinamento dei riformatorii per i beoni.

OLDHAM. *Lotta elettorale tra vaccinatori ed antivaccinatori.* — Il segretario della lega nazionale dei vaccinatori pubblica che nelle elezioni di quella città ha strepitosamente vinto un antivaccinatore col 97 e mezzo per cento dei voti.

LONDRA. Un comitato ha indetto una riunione per studiare l'azione nociva o non dei preservativi dei cibi e delle materie coloranti.

LA BAULE. *Scuola-sanatorio.* — È istituita una scuola per i bambini tubercolotici in cui essi mentre educano lo spirito trovano le condizioni igienico-fisiche più opportune per curare la loro salute.

NOTTINGHAM. Si è formato un comitato per la fondazione di un sanatorio per tubercolosi.

CONCORSI E CONDOTTE

Acquanegra con Fegno. (Cremona). Condotta consorziale dei comuni di Acquanegra, Grotta, d'Adda e Spinadesco. Stipendio L. 3650. Scadenza 10 agosto.

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

I metodi terapeutici della Clinica medica di Roma

(PROF. GUIDO BACCELLI)

Resoconto del Dott. V. ASCOLI, aiuto alla Clinica

(*Continuazione* — *V. num. prec.*)

VI. — Introduzione dell'ossigeno in terapia.

Già lo scopritore dell'ossigeno Priestley (1774) notava che, inalandolo, *sentiva il petto divenire piu leggiero e la respirazione piu facile*.

La sensazione subbiettiva di benessere che segue immediatamente al suo uso, e le cognizioni fisiologiche circa la sua funzione vitale, aprirono l'adito a grandi speranze, e da varie parti fu usato questo rimedio da singoli osservatori nelle più differenti condizioni morbose: tubercolosi, avvelenamenti del sangue, asma, angina pectoris, ecc.

Le indicazioni cliniche poco precise fecero sì che i risultati dei pochi sperimentatori rimanessero assai lontani dalle previsioni teoretiche. E questi tentativi rimasero sepolti nelle biblioteche.

Tanto che il prof. Baccelli dovette iniziare nuovi studi nella clinica medica di Roma. Per tali ricerche, proseguite parecchi anni, aveva acquistata la certezza sperimentale che nelle forme anossiemiche l'ossigeno potesse grandemente ed evidentemente giovare.

Aveva con l'ossigeno combattuto la grave anossiemia di molti polmonitici, vedendone un benefico sollievo alla loro condizione e prolungandone talora la vita fino all'evenienza della crisi.

Nel gennaio 1878 moriva Vittorio Emanuele, ed il prof. Baccelli nelle ore preagoniche prescrisse l'uso dell'ossigeno. La morte non poteva evitarsi, ma la vita si protrasse con sicuro alleviamento delle sofferenze. Morto il Padre della patria, fu censurato l'uso dell'ossigeno con giudizi aprioristici e non benevoli. Essi non hanno però impedito che nei venti anni, d'allora ad oggi decorsi, l'ossigeno diventasse con plebiscito mondiale il mezzo abituale per combattere gli stati anossiemici non direttamente dovuti a disturbi meccanici respiratorii. Nel frattempo il Baccelli proseguiva negli studii su questo gas che fin dalla sua scoperta ebbe il nome di *aria vitale*. Egli fece numerose prove terapeutiche in talune malattie croniche caratterizzate da alterazioni dell'ematosi o della nutrizione generale.

Le inalazioni di ossigeno furono viste utili in casi di rene cardiaco e di nefrite, nonchè in qualche caso di clorosi. Ai saggi fatti nella nostra clinica seguirono pubblicazioni favorevoli specie in Inghilterra e in Francia.

Ma dove il Baccelli ha visto migliori risultati colle inalazioni di ossigeno si è nella cura della uricemia e in talune forme del così detto diabete grasso. Gli uricemici e siffatti diabetici trovarono notevole vantaggio dalle metodiche e sistematiche inalazioni di grandi quantità di ossigeno. I casi osservati dal Baccelli sono già tanti ch'egli ritiene questo come un gruppo di fatti clinici sicuramente constatato.

Ai teoretici non mancarono anche qui le obbiezioni che parvero basare su teoremi fisiologici irrecusabili: l'assorbimento di ossigeno è in rapporto alla quantità che l'organismo consuma.

Però è da opporsi che le cellule possono acquistare un'attività biologica maggiore se si mettono in ambiente più ricco di ossigeno: consumano allora di più. Viceversa in condizioni particolari può l'organismo vivere in economia col minimo d'ossigeno che le forze respiratorie o circolatorie gli consentono di assumere: in tal caso facilitare il rifornimento di materiale utile alla combustione può esser mezzo per attivare la nutrizione delle cellule.

Ma i teoremi e i ragionari cadono sempre dinanzi all'evidenza dei fatti. Queste brevi nozioni: ho evocato quindi meno per giustificare i fatti veri provati, che non per mostrare come neppure le leggi meglio assicurate dalla fisiologia si applichino ciecamente e rigidamente alle condizioni patologiche dell'organismo.

Fermandomi nei modesti limiti concessi qui all'argomento, insisto sul fatto positivamente accertato che moltissimi uricemici e malati di diabete grasso hanno provato notevole miglioramento dei sintomi morbosi e anche scom-

parsa di essi con l'ossigeno a lungo e largamente somministrato.

Con quali procedimenti si esplichino queste modificazioni è assai dubbio. Io stesso ho dosato col metodo di Heinz per 17 giorni l'acido urico d'un malato uricemico: nei primi giorni notai diminuzione dell'acido urico espulso; poi esso tornò alle cifre primitive con irregolari oscillazioni giornaliere.

In parecchi diabetici con inalazioni prolungate parecchi mesi e in cui fu quotidianamente dosato lo zucchero, se ne vide la progressiva diminuzione e la successiva scomparsa. In diabetici grassi con albuminuria, la diminuzione progressiva si é verificata non solo rispetto allo zucchero, ma anche rispetto all'albumina.

Hanno tutti mostrato il miglioramento dell'appetito, delle forze digestive e conseguentemente dello stato generale.

Tralascio di ricordare molte determinazioni fatte da me e da' colleghi di clinica su singoli casi, persuaso che appena lo studio analitico completo e *specialmente prolungato* del ricambio di molti soggetti può presumere di dare un'idea del meccanismo onde procede il fenomeno. Le ricerche scientifiche tuttora esistenti basano su materiale troppo scarso e male disposto per consentire deduzioni.

Basti la severa e ripetuta constatazione dei fatti per spronare gli studiosi a nuove e minute ricerche e i medici all'uso di un rimedio si semplice ed utile.

VII. — Sottrazioni di sangue

Il Baccelli cresceva in un'epoca in cui il salasso era nei nostri ospedali in gran voga; si salassavano, com'ei si esprime, i polmonitici a *rime obbligate*. Prese parte alla guerra di demolizione; lo vide quasi dovunque abbandonato; assiste ora ai tentativi di rimetterlo in onore.

Basta scorrere le numerose pubblicazioni che segnano quasi le tappe degli studii che il Clinico di Roma veniva compiendo, per essere colpiti dal fatto che, per quanto vivace e battagliero per temperamento, non ha mai esagerato nè in un senso nè nell'opposto, sempre fermo alla pura e nitida osservazione dei fatti.

Come, giovane ancora faceva barriera al vampirismo dominante, così nella clinica sua non abbandonò mai completamente il salasso. Invece ne stabilì le precise indicazioni in determinate condizioni morbose.

Non insisterò qui troppo sulle *coppe scarificate*, che fa applicare fin dall'inizio di talune forme di polmonite, specialmente in quelle dove i fatti pleurali culminano e precedono in ordine di tempo le manifestazioni della flogosi endo-alveolare, tanto che meritano l'epiteto di *metapleuriche* che egli ha ad esse con ragione applicato. Qui alla sottrazione sanguigna si associa l'influenza della rivulsione locale.

Non abbandonò mai del tutto le sottrazioni sanguigne in speciali contingenze dei polmonitici, quando cioè il disturbo meccanico alla circolazione è tale che il cuore destro o non riesce a vuotarsi e si dilata e si paralizza, o per l'ingorgo sanguigno cui soggiace può divenire sede di trombi che poi occludano grossi rami delle polmonari determinando la morte (1).

E nel 1888, quando il Maragliano ebbe il coraggio di riprendere la bandiera del salasso come un mezzo utile nella cura della polmonite, mettendo in rilievo non solo le condizioni meccanico-idrauliche che lo reclamavano, ma la intossicazione polmonitica (la *materia peccans*), nel vivo contrasto che insorse tra le opinioni dei clinici, Baccelli potè serenamente, da clinico vissuto, riassumere la discussione e apporvi il suggello della personale esperienza: *Il salasso riportato nei suoi veri termini, stabilito che non cura la polmonite, adoperato come un presidio supremo in certe contingenze, non della polmonite, ma del polmonitico, è usato da tutti i medici più sperimentati.*

Un'altra condizione in cui il Baccelli ha continuato ad usare il salasso è la *microbronchite*. In mezzo alle difficoltà gravi che insorgono acutamente nella circolazione venosa per il ristagno nei polmoni, la rapida sottrazione d'una certa massa sanguigna che dev' essere mantenuta in circolo, diminuisce la dilatazione del cuore destro e rendendolo più attivo, toglie in parte i danni circolatorii e per conseguenza anche quelli che la ripienezza di sangue ricco di CO_2 arreca agli organi centrali nervosi.

L'acume del clinico, che negli studii suoi ha messo a base incrollabile l'anatomia, si è ancor più vivamente manifestato nel fissare le norme del salasso nella nefrite.

Egli stabilì che il salasso fosse da impiegarsi nel *primo periodo della nefrite acuta* e specialmente della *glomerulo-nefrite*.

Baccelli ritiene che non ancora, malgrado accuratissimi studii, si sia dato giusto peso alla stasi venosa, laddove, nelle condizioni indicate, il circolo sanguigno è reso assai difficile. Dalla semplice stasi si arriva allo stato anossiemico del rene con tutte le conseguenze ad esso inerenti (degenerazione degli epiteli, caduta di essi, ecc.).

Contro la stasi venosa si agisce patogeneticamente nella maniera più diretta diminuendo la pressione entro la cava ascendente, così il sangue dalle emulgenti è richiamato fortemente, quasi aspirato, nel grande tronco venoso. Questo a Baccelli parve semplice ottenere praticando il salasso dalla vena pedidia. Per renderla ben evidente e metterla in grado di scaricare la quantità di sangue che si vuole sottrarre basta premettere al salasso un piediluvio sufficientemente caldo. La massa di sangue da togliere negli adulti non dev' essere inferiore ai 300 grammi. Dopo il salasso, il

(1) Baccelli, Atti del 1° Congresso di Medicina interna. Discussione sulla polmonite, pag. 126 e seg.

sangue e l'albumina diminuiscono nell'urina, che diviene più abbondante e più chiara; decrescono i fenomeni tutti dell'uremia.

Senza mettere affatto in dubbio l'influenza che sui vantaggi di questa pratica curativa, in uso da oltre due decenni nella nostra clinica e di cui io stesso ho personalmente molte volte avuto opportunità di misurare i benefici effetti, possa avere la rapida sottrazione d'una certa dose di sostanze eminentemente tossiche e il sollievo che alle funzioni vegetative porta uno svelenamento sia pure non molto forte, si deve d'altronde riconoscere che risultati così decisi e pronti non si hanno col salasso praticato, *more solito*, alle vene del braccio. Il che costituisce la prova palmare dell'importanza della stasi renale nella genesi dei fenomeni e dell'efficacia del salasso della pedidia per attenuarla. Gran parte delle controversie che tuttora persistono sull'opportunità del salasso nella nefrite, dipendono da che non sempre si è tenuto il dovuto conto sia del momento in cui deve praticarsi (nefrite acuta), sia del distretto vascolare su cui si deve direttamente intervenire (diminuire la pressione nella cava inferiore).

VIII. — Dell'empiema vero.

Con le lezioni pubblicate con tale titolo nel *Giornale medico di Roma* del 1868 il Baccelli dette una delle prime prove intorno le sue complete attitudini cliniche.

Vedendo tuttora recentissimi autori di monografie procedere incerti nella definizione di tale argomento (1), mi permetto alla cura dell'empiema, qual'era proposta e praticata dal clinico di Roma, far precedere il sommario delle nozioni, specialmente anatomo-patologiche, su cui ei la basava.

D'altronde almeno un riassunto è indispensabile per comprendere a pieno il suo indirizzo curativo.

Fin dai tempi ippocratici si chiamava *empiema* qualunque raccolta di pus nel cavo pleurico. Questa nomenclatura generica non poteva più conservarsi di fronte alle molteplici origini e alla varia costituzione di tali raccolte. E il Baccelli propose di dare il nome di *piotorace* alle raccolte purulente intrapleuriche in genere, riservando il nome di *empiema* alle raccolte purulente circoscritte, le cui pareti più o meno dense e succrescenti, levigate o scabre, costituiscono un *sacco chiuso*. Queste pareti risultano da un intenso processo flogistico che colpisce le lamine pleurali e i tessuti sottostanti; esse mostrano tali alterazioni nutritive e neoformazioni vascolari che ricordano perfettamente la *membrana piogenica* dei vecchi autori. In brevi termini, l'empiema sarebbe una raccolta ascessuale della pleura.

(1) Vedi tra l'altro una recente monografia di E. Cestan: *Des empyèmes croniques*, pubblicata dal novembre 1897 al marzo 1898 negli *Archives gènèrales de mèdecine*.

Fin d'allora il Baccelli faceva vedere che, soltanto *interpretando la forma morbosa in rapporto alle interne condizioni del sacco pleurico e alla etiogenesi varia che ne lumeggia i primi rapporti, si sarebbe compiuto un lavoro la cui analisi avrebbe preparato una sintesi artistica e razionale.* Chi ben guardi: la forma, grandezza e posizione della saccoccia intrapleurica e la varia natura dei germi patogeni sono i più moderni e più sani criteri curativi delle raccolte purulente.

Il Baccelli oltre a ciò stabilì che da una pleurite purulenta non si sarebbe potuto sperare nella generalità dei casi guarigione spontanea e tanto meno ritorno alla struttura e funzione normale. Ma, ciò che più monta, distinse talune raccolte che si facevano strada o per i bronchi o per le pareti esterne (ei le diceva: *empiema incompleto*), potendo così arrivare a guarire; da quelle che rimanevano sempre circoscritte (*empiema completo*).

Fissò di più che ciò dipende evidentemente dalle modalità del processo iniziale. Sono queste distinzioni sottili e perfettamente rispondenti a quanto di più nuovo è noto circa questi rapporti: per esempio, quasi soltanto le pleuriti purulente metapneumatiche (da pneumococco) dànno luogo alle vomiche.

Passando ai dati diagnostici il clinico di Roma già notava che *inchinevoli all'empiema sono specialmente i soggetti che hanno viva la impronta linfatica*, dando così risalto ed importanza alla predisposizione etiologica delle pleuriti: fatto che scordato per lungo tempo nei laboratorii bacteriologici, viene messo di recente di nuovo in luce da Rosenbach.

E mostrava quindi come potesse, a un giudizio assai superficiale, essere possibile confondere in tali oggetti *una tubercolizzazione della pleura ed un empiema in via di formazione, tanto più che la febbre con le sue vicende assidue, le notabili remissioni, le esacerbazioni manifeste, l'ardore della cute, le disposizioni a parziali sudori, il dimagrimento progressivo, le urine scarse flammee e con abbondante sedimento di urati, costituiscono un treno generico di fenomeni sì per l'uno che per l'altro processo.*

Lo scopo di riprodurre specialmente i coefficienti terapeutici della scuola romana non mi permette di entrare qui in minuti ragguagli sulla diagnosi fisica dei versamenti liquidi nella pleura; d'altronde essi sono ormai passati nel dominio dei fatti meglio acquisiti alla scienza.

E riferirò soltanto il riepilogo che fa il Baccelli stesso intorno la diagnosi del vero empiema. Essa si fonda:

a) sulla pleurite come dato anamnestico e sulla sua data;

b) sulla tempra dell'individuo, suo abito esterno, sue predisposizioni;

c) sulla febbre, sulle sue vicende ed alta riduzione nutritiva;

d) sulle condizioni esterne del torace (ampiezza od angustia dei diametri, immobilità

delle leve costali, dilatazione o ravvicinamento delle costole, edemi).

e) sulle condizioni interne del torace rivelate specialmente dal plessimetro e dallo stetoscopio, ed in ispecie sullo studio della varia capacità dei liquidi endotoracici alla conduzione fonetica;

f) sulle sagaci eliminazioni dei processi patologici che potrebbero avere con l'empiema vero un'analogia di forma morbosa. (Questo rappresenta la *controprova* o *diagnosi diretta*).

La cura dell'empiema è fondata, ripiglia il Baccelli *sulle conseguenze logiche che l'arte trae dalle antecedenti dimostrazioni.*

Anzitutto un trattamento energico è *necessario*, perchè un vero empiema ben di raro riesce a guarigione spontanea, ma più spesso, se pure non minaccia direttamente la vita, rifinisce l'infermo, e dà luogo a degenerazione amiloide degli organi o porta altrove l'infezione con vero pericolo.

La cura deve proporsi due scopi:

a) vuotare il cavo empiematico;

b) modificarne la superficie.

La puntura per edurre il pus deve farsi, secondo Baccelli, col solo trequarti. Egli scriveva così nel 1868, quando alle incisioni dei tessuti esterni si vedeva spesso seguire la infiltrazione e la formazione di ascessi nel tessuto muscolare e nel sottocutaneo.

Non usandosi allora liquidi disinfettanti, tali conseguenze erano inevitabili: oggi si ricorre facilmente — talora fin troppo — non solo alla incisione dei tessuti molli, ma anche alla resezione di pezzi più o meno lunghi di coste, e non di una sola, ma anzi di parecchie.

Molto più rilevante è la seconda necessità cui doveva sottostare una buona puntura, che essa cioè aprisse la raccolta nel più declive punto possibile. Quando ciò non avveniva, ristagni inevitabili di pus davano febbri suppurative ostinatissime e pericolose. Fin d'allora il Baccelli insisteva sul bisogno d'una controapertura in basso, quando la prima non fosse riuscita sulla base del sacco pleurico. L'opportunità di avere facile scolo al pus che si forma e riforma e a' liquidi di lavaggio non ha bisogno di essere messa in rilievo.

Un'altra condizione ricercava il Clinico di Roma nella puntura del torace.

Egli voleva che avesse facilmente potuto permettere un largo lavacro del sacco empiematico. Egli riesciva a ciò tenendo il grosso trequarti in posto fino a che i margini della ferita non fossero duri e callosi e capaci allora di essere sostituiti da adatto drenaggio. Mostrò così di non avere paura della permanenza dell'aria in tale cavo: infatti essa non si raccoglieva nella cavità pleurica ma in un sacco chiuso limitato.

Per modificare la superficie interna tomentosa, grossa e spesso anfrattuosa, egli sperimentò inutile o quasi la tintura di iodo e ricorse invece con vantaggio al nitrato d'argento. Egli usava soluzioni proporzionali al bisogno e varianti da circa 0,5 °/₀₀ fino a circa 70 gr. per litro. Il liquido si lasciava nel cavo e si ripeteva la medicatura più volte nelle 24 ore, perfino talvolta ogni 3 ore. Sotto la cura più o meno energica col nitrato d'argento, la membrana, che possiamo dire piogenica, si detergeva, e a mano a mano allora alle iniezioni caustiche venivano sostituendosi lavacri semplici con acqua di camomilla. Finalmente il Baccelli dava talune indicazioni pratiche circa il modo onde si obliterava il cavo purulento e sulla permanenza di una fistola residuale. Come si procedeva verso la guarigione notava l'impiccolimento della cavità per il dilatarsi del polmone e per il retrarsi della gabbia toracica; usava drenaggi sempre più piccoli, le lavande erano assai ridotte, e finalmente si aveva la chiusura. Questa non si otteneva che con estrema lentezza: volendo affrettarla si andava incontro ad avere una fistola: *bisogna rispettare scrupolosamente la lentezza con cui la natura opera ulteriori vantaggi* (cioè riempie il cavo). Tutti sanno che il problema di chiudere le fistole residuali agli empiemi affatica tuttavia i moderni chirurgi: e dalle larghe resezioni costali, variabili per estensione e sede secondo le particolarità del cavo e la etiologia della forma morbosa, secondo gli autori (processi di Estlanders e Schede) alle toracoplastiche (Saubottin-Quenu, Jaboulay e Boiffin) si è arrivati alle toracotomie e financo alla decorticazione del polmone (Delombre).

A queste considerazioni il Baccelli univa precetti commendevolissimi, dai quali perfettamente traluce il clinico già completo. Voleva anzitutto *riabilitare, per quanto possibile, il polmone con la ginnastica respiratoria.* E confessava di avere tratto da essa *grandi vantaggi.*

Occorre lievemente incominciare gli esercizi onde avvertano essi stessi i pazienti la capacità polmonare in aumento: . . . . . a misura che si amplia il polmone crescono i vantaggi locali e generali.

Oltre a ciò consigliava di *largheggiare per gradi con carni arrostite sanguinanti e burro e latte e brodi generosi. Il moto, la grande aria e pura, la nettezza del corpo, la sorveglianza di tutte le funzioni,* il sollievo morale che risorge dalle memorie delle pene sofferte completano le istruzioni igieniche fondamentali.

Fra i medicamenti già il Baccelli poteva avvertire che *non debbasi confidare nel ferro.* Servono infatti assai meglio la china, l'arsenico.

Chi riflette ora che la più parte delle raccolte purulente empiematiche simili a quelle qui più specialmente considerate dipendono dal *bacillo di Koch* (dimostrato per le inoculazioni) e che dagli autori più moderni e meglio esperimentati si rifugge dalle gravi demolizioni (Netter) (1) in tali casi, vedrà che in cosif-

---

(1) Traitè de Mèd. Charcot-Bouchard, tome IV, Maladies de la plèvre.

fatti empiemi, il metodo proposto dal Baccelli merita di essere richiamato veramente in vigore come quello che alla cura locale energica unisce il più scrupoloso studio delle condizioni generali del soggetto.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

I. CLINICA CHIRURGICA DI VIENNA prof. Albert

Sulla casuistica delle cisti del pancreas.

H. Keitler

Francesca F., di 34 anni, contadina, maritata. Il padre morì di tubercolosi polmonare, e così pure un fratello. A 9 anni ebbe un' eruzione accompagnata da prurito. A 22 anni sposò ed il marito è malato di petto. Ha partorito 4 volte normalmente ed i bambini sono sani. Le regole sono abbondanti ed accompagnate da dolori. Otto anni addietro, mentre era incinta l' inferma cominciò a soffrire dolori puntorii e gravativi alla regione dello stomaco, che si presentavano regolarmente verso le 10 a. m. e le 3 pom., duravano 1-2 ore e si irradiavano al sacro. Qualche volta l'infermo vomitava alla fine degli accessi. Con l' uso di polveri digestive lo stato migliorò. Le evacuazioni alvine erano pressocchè regolari. Due anni addietro l' inferma ebbe l'ultimo parto, e da quel tempo si accorse di un tumore che cominciava a svilupparsi nell' addome e che aumentava costantemente di volume, esso non provocava disturbi speciali. In quest'ultimo anno il tumore è divenuto spostabile.

L'appetito è stato sempre buono; mai ci sono stati sintomi di stenosi; le fecce sempre dure, di colorito scuro; lieve stitichezza. Nessun disordine da parte dell'apparecchio urinario. Fin dal 1887 l' inferma quasi ad ogni evacuazione emetteva vermi lunghi 1 cm., sottili, biancastri; essa non aveva in casa nessun cane. Non ricorda se abbia mai avuti traumi sulla regione addominale. Non c'è sifilide nè alcoolismo.

L' inferma è di forte costituzione scheletrica, i muscoli sono alquanto piccoli, il pannicolo adiposo sottocutaneo grasso, il colorito della pelle leggermente giallastro, le mucose visibili pallide. Nessun disordine nel campo dei nervi cranici. Sull' apice pulmonare destro espirazione prolungata. Polso 72, temperatura 36,8°.

Nell' addome si trova un tumore duro, grande quanto una testa di bambino, fluttuante in corrispondenza della massima convessità, e solo in questo punto dolente alla pressione. Ha la forma di un uovo e manda un prolungamento in sopra per la lunghezza di 2 cm. e la larghezza di 1 1/2 cm. Il tumore è eccessivamente mobile e può portarsi in tutti i punti dell' addome. A preferenza esso sta in una diastasi dei retti al disotto dell'ombelico, la qual sede ripiglia tutte le volte che è spostato. Il tumore segue i movimenti respiratori, ed alle lievi scosse risponde con un chiaro ballottamento, ma dalla regione renale non è palpabile. Sulle sezioni superiori del tumore il suono alla percussione è ottuso, nelle parti inferiori timpanico.

La milza non è ingrandita; il rene destro si palpa, il sinistro no. Gli organi genitali sono integri. Fu fatta diagnosi di ciste pancreatica, eventualmente di ciste mesenterica.

L'operazione consistette in un'incisione cutanea lunga 10 cm. in immediata vicinanza della linea mediana, che si estendeva fino a 2 cm. al di sotto dell'ombelico. Incisione a strati dei muscoli fino al peritoneo, che venne fissato con due punti di sutura. Dalla incisione venne fuori una ciste grande quanto un piccolo uovo di struzzo, rotonda di colorito bluastro; dalla sua circonferenza superiore partiva un peduncolo nastriforme, largo 2 dita, che si approfondava nella piccola curvatura. Il peduncolo, che al pari della ciste; riceveva dal legamento epatogastrico il suo rivestimento sieroso, era formato di tessuto pancreatico. La ciste era impiantata sulla coda del pancreas, e vicino ad essa se ne vedevano altre piccole, a pareti lisce, ripiene di liquido limpido, simile a saliva, le quali in parte aderivano intimamente alla parete della grande ciste, in parte erano disseminate nel parenchima limitrofo del pancreas.

Lo stomaco era situato nel posto normale al di sotto del tumore, e non v'era alcun segno il quale dinotasse che in qualche punto fosse esistita una stenosi. Il rivestimento peritoneale della ciste si potè facilmente distaccare fino al peduncolo ed asportare, venne inciso il peduncolo stesso della ciste ed il moncone suturato, ricoperto di peritoneo ed infossato nella ferita. Fu poi fatta la sutura a piani della parete addominale.

L'esame più minuto della ciste diede il seguente risultato. La sua parete era spessa in media 3 mm., era fibrosa, di colorito rosso-grigio ed ispessita in punti in cui aderivano altre piccole cisti. La superficie interna era liscia e rilucente. Non v' era alcun dotto. L' esame istologico dimostrò che la parete della grande ciste era costituita da strati connettivali paralleli, poveri di nuclei, ondulati, discretamente omogenei, attraversati da scarsi vasi sanguigni a pareti sottili. Qua e là esistevano nuclei di cellule rotonde. La superficie interna era di tratto in tratto rivestita di epitelio semplice, costituito ora di cellule cubiche, ora allungate, ora cilindriche, il cui nucleo era posto verso la base e si colorava ora bene, ora debolmente.

Sulla superficie esterna della ciste, donde venne distaccato il peritoneo, si trovava un tessuto connettivale lasso, ricco di grasso, con molti nuclei e molti vasi.

Nel tessuto pancreatico che aderiva alla parete della ciste si vedevano gli acini attorniati da una capsula connettivale la quale in certi punti si in-

fossava nel tessuto stesso; altri acini erano compressi dal connettivo che li attorniava, in modo da assumere la forma ovale. Nel connettivo stavano disseminati concrementi calcari.

Anche in vicinanza di molti acini ed in alcune parti del tessuto connettivo si vedevano cumuli parvicellulari.

Nelle parti di tessuto pancreatico in degenerazione cistica, esistevano spazii cavi di diversa forma e grandezza; la forma più semplice era la stellata, il cui lume era ricoperto di cellule epiteliali cilindriche.

Lo esame microscopico ha dimostrato perciò in questo caso due processi: da una parte forte proliferazione connettivale con compressione e degenerazione del parenchima pancreatico; dall'altra parte formazione di cisti. Poichè la grande ciste aveva lo stesso contenuto e lo stesso rivestimento epiteliale delle piccole, così può dirsi che tutte avevano la medesima origine.

Nella monografia di Körbe sul cistadenoma del pancreas è fatto cenno che Riedl ha osservato escrescenze papillari, ricoperte di epitelio cilindrico degenerato in grasso e sfacelato. Zweifel in alcuni punti della parete di una grande ciste trovò grossi dotti ghiandolari rivestiti di epitelio cilindrico semplice. Zukowsky nella superficie interna di una ciste pancreatica trovò un gruppo di lunghe escrescenze. Martin riferisce il caso di parecchie cisti di varia grandezza del pancreas, delle quali le più piccole apparivano evidentemente essere derivati dagli acini ghiandolari. Paltauf, che fece l'esame delle cisti descritte da Zemann e da Oser, trovò nelle loro pareti prominenze più o meno grandi, costituite da aggregati di spazii cistici.

L'importanza del caso sopradescritto consisteva nella localizzazione della ciste. Le cisti pancreatiche tipiche si dispongono in modo da sospingere in sopra lo stomaco, ed il legamento gastrocolico si trova innanzi; in corrispondenza del margine inferiore della ciste sta il colon trasverso. Alcune cisti aderiscono fra i foglietti del mesocolon e poi anche nella borsa dell'omento; in sopra sono limitate dallo stomaco ed il colon trasverso applicato sul femore il cui limite inferiore è costituito dal foglietto posteriore del mesocolon. Un altro gruppo di cisti pancreatiche si sviluppa in sopra, in modo che lo stomaco vien sospinto in basso ed il piccolo omento fa prominenza. Anche attraverso il foro di Winslow possono farsi strada le cisti del pancreas, come nei casi di Albert e Payr. Per le cisti che si sviluppano al disopra dello stomaco, Körte ammette che esse originano dal margine superiore del pancreas, il quale normalmente si vede in corrispondenza della piccola curvatura.

Nel caso di cui sopra si è tenuto parola si tratta del pari di una ciste venuta fuori al disopra della piccola curvatura dello stomaco, e può essere qui tratta in campo la spiegazione di Körte. Si tratta di stabilire le cause che rendono possibile la formazione del peduncolo. Pare probabile che nel caso di cui si tratta la formazione del peduncolo sia stata favorita da un rilasciamento del piccolo omento che rivestiva la ciste.

Dal lato dell'anamnesi nella storia dell'infermo havvi poco di importante: non ci fu trauma, non diarree grasse, non rimpicciolimento periodico del tumore. Il prolungamento del tumore in sopra avrebbe potuto far pensare ad una idronefrosi, ma contro questa ipotesi stava la spostabilità respiratoria, il fatto che il rene destro si palpava e la mancanza di vero ballottamento. Anche dall'anamnesi e dall'esame dell'urina non si rilevava alcun dato favorevole alla diagnosi di tumore renale. Il rapporto del tumore con i genitali venne escluso dell'esame di questi organi. Non era però facile la diagnosi differenziale per una ciste del pancreas ed un tumore cistico del mesentere; anzi la eccessiva motilità era più favorevole alla ciste del mesentere che non alla ciste del pancreas. La percussione in simili casi dà risultati variabili, in modo che non si può trarre alcun criterio di una certa importanza. Dal lato dell'anamnesi parlano in favore delle cisti mesenteriche i forti dolori parossistici dell'addome, che però mancano in molti casi. Si ha costipazione e dimagramento in un caso e nell'altro; ma le cisti pancreatiche si sviluppano da sopra in sotto, la mesenteriche sempre nei dintorni dell'ombelico.

Il criterio principale in casi analoghi di cisti pancreatiche è costituito dal modo speciale come sono limitate le escursioni del tumore in basso. Esso nella metà inferiore dell'addome può essere mosso in forma di pendolo lungo un arco di cerchio aperto in sopra, il cui centro sarebbe costituito dalla regione del pancreas. È vero che ogni tumore peduncolato può descrivere dei movimenti a pendolo, però il centro di questo movimento e la direzione del peduncolo ci dà un criterio abbastanza esatto sulla condizione delle cose. Il rigonfiare artificialmente l'intestino e lo stomaco ci dà ottimi risultati diversi, secondo la diversa lunghezza del peduncolo. Se esso è breve, il colon insufflato può disporsi al margine inferiore della ciste. Se la ciste sta al di sopra della piccola curvatura dello stomaco, questo può essere in parte coperto, perchè una ciste peduncolata per lo più è grande.

La terapia è una sola, separare la ciste dal suo peduncolo. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 29, 20 luglio 1899.

Movimento biologico universale

1. F. Raphaël in un uomo di 28 anni senza alcuna labe ereditaria osservò **« glicosuria per avvelenamento da atropina »**. Le esperienze re-

lative fecero all' autore escludere che si trattasse di glicosuria alimentare, ed inoltre egli ottenne nei conigli la glicosuria in seguito alla somministrazione di alte dosi di atropina (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 28, 1899).

2. Pick discute sui « **rapporti degli accessi epilettici col sonno** ». Spesso si osservano alcune persone epilettiche le quali hanno quasi costantemente i loro accessi convulsivi di notte, durante le ore del sonno. Varie ipotesi sono state emesse per ispiegare questo fatto. Ferè ed altri ritengono che si tratti di fatti congestizi dovuti alla posizione orizzontale che si ha nel sonno, per cui quest'afflusso maggiore di sangue irriterebbe i centri corticali donde l'accesso epilettico. Pick combatte tale ipotesi e ritiene piuttosto che si tratta di alterazioni biochimiche peculiari degli elementi cerebrali, alterazioni che ancora non ci sono note nella loro essenza. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, n. 30, 22 luglio 1899).

3. Fiessinger studia « **i disturbi cerebrali nell'appendicite** » a proposito di un caso occorsogli. In questo la malattia s' iniziò clinicamente come una meningite, poi comparvero i fenomeni peritoneali. Appresso riapparvero gli accidenti cerebrali sotto forma di confusione mentale. (*La Mèdecine moderne*, n. 54, 19 luglio 1899).

4. Joncheray descrive un caso di « **enfisema unilaterale della regione fronto-orbitaria, dovuta alla azione di soffiarsi il naso** ». Trattavasi di un giovanetto acrobata, il quale aveva l'abitudine di soffiarsi frequentemente il naso. Un giorno ebbe i sintomi di un enfisema frontale (tumore indolente, al davanti del seno frontale, crepitante etc.). Migliorò poco a poco, specie dopo di avergli asportato un polipo nasale che datava da lungo tempo. (*La Presse mèdicale*, n. 49, 21 giugno 1899).

5. Gelle si occupa delle « **laringiti emorragiche** ». Riferisce 2 osservazioni di emorragia sottomucosa delle corde vocali in persona di due individui che hanno fatto sforzi di voce o di canto e dice che questa è l' etiologia classica di questa specie d'accidenti. Egli attribuisce la genesi dell'emorragia in questi 2 casi alla congestione del laringe prodotta dalla necessità di occlusione massima della glottide indispensabile per generare lo sforzo violento, che per il loro mestiere i due ammalati erano costretti a fare. Tutte e due, infatti, dovevano portare sulla testa fardelli di peso relativamente eccessivo. Egli spiega la rarità delle osservazioni di questo genere pel fatto che difficilmente gli ammalati esercitando mestieri di tale natura vanno a consultare un laringoiatra per sintomi così lievi. I cantori e gli oratori invece soffrono meno e cadono sotto l' esame molto più facilmente. (*Société française de otologie, laryngologie et rhinologie* 1899).

6. Berghinz scrive alcune note « **sulla diplococcemia nella polmonite crupale** ». Conclude: 1°. Che la diplococcemia non è, nella polmonite lobare, un fatto costante, che non è in rapporto causale colla gravità della malattia, nè colla albuminuria, nè col tumore splenico. 2° Che nel corso di una pleuro-polmonite si può avere come complicanza il pemfigo, legato etiologicamente allo stafilococco piogene aureo, forse espressione di una stafilococcemia secondaria. 3°. Che i fenomeni di meningismo, il delirio, in questa forma morbosa possono avere la loro base anatomica, conseguenza probabile di fatti tossici non infiammatorii in gravi lesioni delle cellule piramidali della corteccia cerebrale (cromatolisi, distruzione cellulare). (*La Clinica medica italiana*, n. 5, maggio 1899).

7. Variot e Chicotot, riferiscono sulla « **diagnosi della pulmonite genuina nel bambino mediante la radioscopia** ». Essendo assenti i segni fisici, è spesso difficile precisar la diagnosi di pulmonite genuina. In numerose osservazioni hanno svelato con la radioscopia dei focolai pneumomonici che l' ascoltazione e la percussione erano stati impotenti a svelare. (*Sociètè mèdicale des hôpitaux*, 2 giugno 1899).

8. Nèdelec porta un « **contributo allo studio delle pleuriti emorragiche consecutive al cancro del seno** ». Dice che il cancro del seno si propaga alla pleura per i linfatici, per le vene, e per estensione diretta; però la via linfatica è la più frequente e la più importante. L' emorragia pleurale non è una conseguenza necessaria del cancro della pleura. Essa proviene sia dai vasi del tumore sia da quelli delle neo-membrane o infine da quelli che sono stati ulcerati dal tumore. La diagnosi patogenetica si farà cogli antecedenti mammarii e coll' esame microscopico del liquido estratto colla puntura. La cura profilattica sarà quella di estirpare per quanto più è possibile generosamente il cancro del seno. Il metodo di Halsted sembra il migliore. In caso di versamento pleurico, si pungerà e si daranno purganti e diuretici. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

9. Gonnaud studia il « **valore prognostico della febbre nel vaiuolo** ». Essa non costituisce un elemento di gravità. Invece il polso è un buon criterio del grado dell' infezione. Un polso ampio e lento significa infezione debole; rapido e molle infezione grave. (*Thése de Lyon*, 1898-99).

10. Ganz riferisce di « **una rara complicazione del morbillo.** » Una ragazza undicenne presentava tutti i segni del morbillo (congiuntivite, rinite, bronchite ed eruzione cutanea). Al settimo giorno si iniziarono i segni di una peritonite incipiente (vomito, dolori addominali, diarrea etc.), che man mano si fecero più gravi sino a che si ebbe l'esito letale. L'autopsia non potè essere praticata. Crede che la peritonite si fosse sviluppata in

seguito ad una intercorrente peritiflite. Dice che non potè osservare (come del resto non ha veduto mai) il sintoma precoce di Koplik. (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 25, 22 giugno 1898).

IDROTERAPIA

LA CURA BALNEARE DELLE MALATTIE DI CUORE

Si riscontrano talvolta dei medici che sembrano trionfare annunciando, con la diminuzione d'intensità, con la scomparsa d'un soffio valvolare dopo una cura idrominerale, la guarigione di un'affezione di cuore. Ma non si tratta allora di soffi extra-cardiaci? Poichè non si guarisce di una affezione valvolare passata in cronicità. Se si arriva ad attenuare realmente un soffio organico, non si dice a costo di quale indebolimento del miocardio ciò sia avvenuto. Se un rumore morboso si attenua o scompare, non bisogna dimenticare che questa attenuazione o scomparsa sono spesso proprie del decorso della malattia.

Così il Dufraisse de Chassaigne nel 1851 diceva, a proposito d'un caso, che, dopo 2-3 stagioni balneari, ogni rumore di soffio scomparve e non esisteva più stenosi mitralica. Or si sa che, tra tutte le affezioni valvolari, la stenosi mitralica è caratterizzata essenzialmente dalla rapida e grande variabilità dei segni stetoscopici: un giorno tutti questi segni possono trovarsi riuniti, mentre più tardi, senza intervento terapeutico, spontaneamente sotto l'influenza del riposo, non resta, per es., che lo sdoppiamento del II° tono, e questo talvolta così attenuato che può sfuggire ad un orecchio poco attento.

Ciò che allora si prende per una vittoria terapeutica non è se non una calma ingannatrice e frequente nel decorso della malattia.

Si annunzia ancor oggi che alle acque minerali si guariscono le miocarditi: l'Huchard (*Journal des praticiens*, n. 27, 8 luglio 1899) dice che si tratta allora di pseudo-miocarditi, che sono spesso legate ad uno stato gastrico-intestinale sconosciuto o ad una perturbazione profonda sopravvenuta nella tensione arteriosa (trombosi delle vene meseraiche nel caso del Rigal).

Se si annunciano ancora delle guarigioni di angine di petto, è perchè degli errori di diagnosi sono stati commessi, o si trattava allora di pseudo-angine di petto. Se si annuncia la guarigione di una affezione di cuore, caratterizzata da intermittenze, palpitazioni, aritmia, ci s'inganna ancora, perchè si tratta spesso di disturbi funzionali. Si parla ancora di guarigioni di cardiectasie, comprovate dalle radiografie; ora si sa che il cuore è soggetto a variazioni considerevoli di volume, e che la cardiectasia non è una malattia ma un semplice effetto, e che, infine, ci sono certe cardiectasie che si riducono con il riposo, od anco guariscono con il miglioramento dello stato gastro-intestinale, dei disturbi biliari od epatici.

Altra volta si pretendeva guarire delle affezioni valvolari indirizzandosi alla causa, alle diatesi che l'avevano prodotte (reumatismo, gotta). Ma questa non era che una teoria. Le affezioni valvolari, croniche, sono le cicatrici di una ferita, delle affezioni para-reumatiche, para-gottose, nello stadio sub-acuto di certe affezioni valvolari, la malattia dell'ostio non è ancora costituita; si può allora sperare la *restitutio ad integrum*.

In ogni caso la terapia idrominerale previene ma non guarisce: essa combatte il reumatismo, previene dei nuovi attacchi endocarditici; ma il dire che possa ridurre degli essudati flogistici cronici, divenuti cicatriziali, è commettere una doppia eresia clinica e terapeutica.

Dopo un reumatismo articolare acuto, quando un'affezione valvolare è costituita, esiste una lesione d'orifizio, ma non ancora una malattia. In questo periodo, eusistolico, la lesione essendo ben compensata, non esistendo alcun disturbo circolatorio, la terapia non ha ragione d'intervenire, sovratutto con i medicamenti: solo l'igiene ed il regime d'alimentazione debbono costituire tutta la cura. Ma l'integrità del miocardio non è, come lo Stokes ha preteso, la chiave della prognosi delle cardiopatie, ed il compenso non si fa unicamente dal lato del cuore; esso avviene, sovratutto nelle cardiopatie infantili, in tutti gli organi mediante il fenomeno importante dell'adattamento.

Gli organi si adattano alla lesione cardiaca: così per es.: nella stenosi mitralica pura il sistema arterioso si adatta ad un piccolo cuore. Nelle affezioni valvolari dell'aorta l'adattamento avviene nel sistema della grande circolazione, in tutto l'albero arterioso di cui l'integrità gode un ufficio importante. Per le affezioni mitraliche, l'adattamento ha la sua sede nel piccolo circolo ed è la resistenza polmonare che è la grande regolatrice. Nelle prime lo sforzo compensatore è sopportato dal ventricolo sinistro; nelle seconde dall'orecchietta sinistra dapprima e dal ventricolo destro in seguito. L'adattamente è un fenomeno differente di quello del compenso; questo si produce, per es:, nella stenosi mitralica, nel ventricolo destro che si dilata ed ipertrofizza per resistere all'enorme tensione della piccola circolazione, od anco all'orifizio della tricuspide di cui la dilatazione e l'insufficienza prevengono le rotture vascolari del polmone. Per conseguenza, nella stenosi mitralica, l'adattamento avviene nel ventricolo sinistro, che si retrae e si atrofizza, ed il compenso avviene nel ventricolo destro che si dilata ed ipertrofizza.

In una parola l'adattamento dell'organismo ad una lesione tende, in un modo quasi passivo e con il meccanismo della diminuzione funzionale di tutti gli organi, ad annichilare gli effetti di questa lesione. Il compenso avviene per l'esaltamento funzio-

nale dell'organo colpito; esso indica già uno sforzo attivo, poichè esso vuol combattere la lesione, donde risulta che i cardiopatici compensati non sono mai latenti, nel vero senso della parola. Dunque l'ipertrofia del cuore non è sempre provvidenziale, ed il cercare di provocarla con certi sistemi terapeutici (metodo dell' Oertel) non è opera fisiologica.

Uno dei grandi principii di cardio-terapia è questo: sollevare il cuore per fortificarlo, e lo si solleva attenuando le resistenze periferiche, adattando gli organi ed il cuore alla loro potenza funzionale diminuita. Una grande legge terapeutica è quindi adattare i mezzi medicamentosi alla potenza funzionale degli organi e dell'organismo. Il torto che si è avuto, e si ha, è quello di cercar sempre delle guarigioni organiche e non le guarigioni funzionali che si possono ottenere. È per questo che si sono spesso confuse le guarigioni apparenti con le reali dietro l'influenza delle cure idrominerali.

Però è precetto, secondo l' Huchard, che all'idroterapia si associi il massaggio e la ginnastica medica, la di cui influenza benefica è stata studiata da Piatot e Toussaint ed è messa in pratica in molti stabilimenti balneari.

Per conchiudere, bisogna considerare: 1° il malato; 2° il medico; 3° la stazione idrominerale.

Si possono inviare alle acque minerali i cardiopatici in tutti i periodi, tranne nello stadio acuto dell'endocardite, nell'asistolia, in tutti i casi in cui vi ha minaccia di edema pulmonare, o gli accessi anginosi sono d'origine coronaria.

L'iposistolia non è una contro-indicazione. L'asistolia stessa ad un grado molto avanzato, sovratutto allorquando essa non proviene dal cuore, non dà disturbi delle funzioni digestive, può essere felicemente e molto rapidamente modificata dalla cura idro-minerale.

Nelle cardiopatie arteriose la malattia è nel cuore ed il pericolo nel rene; così non è indifferente l'indicare questo o quel bagno minerale; lo stesso dicasi dei disturbi funzionali del cuore, dovuti alla anemia, allo stato nervoso.

Tutte le cardiopatie funzionali od organiche traggono eccellenti effetti da certe acque termali che sono decongestionanti e diuretiche.

I bagni carbo-gassosi, che secondo alcuni, rallentano ed aumentano l'ampiezza del polso, riducono le cardiectasie, prolungano la diastole, rinforzano la sistole, fanno riassorbire gli essudati valvolari, fanno guarire le angine di petto coronarie, che agiscono perifericamente sul vago, hanno dato origine a molte esagerazioni per quel che riguarda la loro influenza. I bagni carbo-gassosi, come i termali, che vogliono essere indicati con prudenza, agiscono in seguito alla derivazione del sangue in tutto il sistema capillare della pelle.

Il medico per conto suo deve conoscere l'azione fisiologica e terapeutica delle acque e la loro composizione chimica.

Per la cura delle cardiopatie, infine, una stazione idro-minerale deve avere un'acqua debolmente mineralizzata, perchè altrimenti potrebbe eccitare ed affaticare inutilmente il cuore. L' altitudine deve esser moderata (non più di m. 500), perchè altrimenti si forzerebbe il lavoro del cuore, aumentando le resistenze periferiche con l'elevazione della pressione arteriosa. La termalità gode un ufficio importante, preponderante; i bagni carbo-gassosi non hanno se non un'importanza secondaria, quantunque la loro azione sia stata singolarmente esagerata per la cura delle cardiopatie. Le acque debbono esser dotate di un'azione decongestiva e sovratutto diuretica, perchè la diuresi è la salvaguardia nella maggior parte delle affezioni cardiache, sovrattutto nelle cardiopatie arteriose. Il clima dev'esser temperato, moderatamente caldo, al riparo dei venti, con tendenza alla stabilità barometrica, termica ed igrometrica. Il suolo dev' essere permeabile. Gli stabilimenti debbono esser provvisti di tutti gli elementi della medicazione detta adiuvante: massaggio locale ginnastica svedese, tavole di regime, ecc.

La durata della cura è di almeno trenta giorni perchè è di regola che i malati debbono riposarsi e sospendere la cura ogni 5-7 giorni.

La vita dev'essere calma e tranquilla. I giuochi debbono essere interdetti. Durante la cura la digitale non dev'essere prescritta.

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA
DELLA TUBERCOLOSI

1. *Delpeuch* si occupa dell'**abito tubercoloso ed in particolar modo della predisposizione dei rossi alla tisi secondo Ippocrate.** Tutto ciò che si è scritto da due mila anni in quà sulle cause predisponenti della tisi ha una origine unica e questa origine lontana è una frase d' Ippocrate. Littrè la traduce così: La tisi colpisce gli uomini il cui corpo è sprovvisto di peli, quelli la cui ciera è biancastra, quelli il cui colorito è pallido, quelli il cui colorito è rossiccio, gli occhi fulvi, la carne molle e soffice, e le scapole alate: lo stesso su per giù si può dire per la donna. Daremberg varia un po' dalla traduzione di Littrè e si attiene più alla parola. Il Delpeuch riporta le varie parole del testo greco d'Ippocrate e le commenta, in modo da mostrare che si è esagerato non poco nella traduzione.

Secondo l'autore, il vecchio maestro greco così diceva. « L'apparenza esterna dei tisici era questa: Erano glabri, avevano la pelle bianca con chiazze rossicce, essi avevano i peli rossi, gli occhi di un bleu azzurro, la carne floscia, e le scapole alate ».

I clinici dei nostri giorni riconoscono i predestinati alla tisi dai seguenti caratteri: « pelle bianca, fine, trasparente, colle venuzze evidenti, so-

vente maculata, peli morbidi come seta, colorito rossiccio o vermiglio, iride bleu, carne floscia, sudori facili talvolta odoranti, forme piuttosto gracili ed eleganti ».

Si direbbe la traduzione medesima del testo antico, appena accresciuta di qualche dettaglio poco importante, eppure nessuno dei traduttori latini o francesi aveva dato ancora il loro senso legittimo alle brevi linee del grande Ippocrate, che oggi con tanto acume il Delpeuch ha commentato.

2. *Zanoni* porta un **contributo allo studio delle associazioni microbiche polmonari della tubercolosi polmonare »**. Le sue ricerche non bastano per stabilire che lo stafilococco sia l'unico microrganismo patogeno, che si associi nel polmone al bacillo di Koch durante l'evoluzione del morbo. L'infezione stafilococcica è, se non la sola almeno la più costante e tenace associata dell'infezione tubercolare negli ultimi periodi della sua evoluzione, Le proprietà biologiche, devono avere certamente influenza sulla maniera di comportarsi tra di loro, dei varii microrganismi che si trovano in presenza degli organi lesi. Ora esiste tra lo stafilococco da una parte, lo strepto- ed il pneumococco dall'altra, una tale differenza di potere vegetativo, di potenza tossica e di rapidità nel raggiungerne l'acme che la loro coesistenza in uno stesso organo deve essere solo transitoriamente possibile.

3. *David Bovaird* studia le **forme della tubercolosi nei bambini.** Egli ritiene che la lesione primaria è quasi sempre nei nodi linfatici e nei pulmoni, e che le manifestazioni tubercolari nei bambini sono molto indefinite. L'infezione tubercolare dei gangli linfatici tubercolari difficilmente si diagnostica. La tubercolosi latente è spesso disseminata da altre malattie (infezioni), senza che si sospetti la presenza della tubercolosi. Il tipo ordinario della tubercolosi nei bambini è il miliare acuto che può occorrere anche negli individui ben nutriti. Il decorso della tubercolosi è assai spesso confuso con quello della broncopulmonite cronica e dell'enterocolite. Le prime manifestazioni sono l' emaciazione progressiva, la febbre, la presenza di rantoli nei polmoni; ma esse non sono sufficienti per la diagnosi. Le lesioni terminali comprendono: l' estensione del processo tubercolare nei gangli linfatici bronchiali e nei polmoni con esito in formazione di ascessi, cavità, ecc., diffusione nei principali visceri nel seguente ordine: milza, fegato, cervello, reni, cuore. L' interessamento del cervello è molto importante perché la meningite è quasi sempre fatale. Quando son lese le ossa e la suppurazione si protrae, può aversi degenerazione dei varii visceri.

4. *Noce* porta un **contributo alla chirurgia delle artriti tubercolari.** Conclude sulla cura delle artriti tubercolari: 1. I mezzi blandi non arrecano alcun vantaggio. 2. La cura antisifilitica ed i preparati mercuriali in genere non arrecano alcun vantaggio. 3. Si pratichino in primo tempo le iniezioni alla Lannelongue. 4. Se queste non conducono alla guarigione e l'osso non è ancora profondamente colpito si ricorra alla artrectomia. 5. Se havvi distruzione grave dell' osso si pratichi senz'altro la resezione. L'ago-igni-puntura in questo caso riesce non solo inutile ma dannosa. 6. Le condizioni generali degli ammalati migliorano in modo sorprendente, dopo le operazioni: (amputazione o resezione). 8. Si unisca una cura ricostituente intensa.

5. *Pribram* a proposito della profilassi pubblica della tubercolosi, discute sulla importanza di alcune **norme principali per impedire la diffusione del terribile male.** S'intende benissimo come in primo luogo si debba pensare agli sputi che sono i veicoli più perfidi per la diffusione dei germi. Pertanto bisognerebbe impedire (e ciò nell'interesse collettivo) lo sputare sui marciapiedi, nelle pubbliche vie, nei pubblici ritrovi o sul selciato. Nelle scuole, nei stabilimenti balneari, sui tram, ed anche sulle strade: specie nei marciapiedi vi dovrebbero essere delle sputacchiere, ripiene di di acqua, in modo che ogni persona sarebbe obligata per propria coscienza ed anche per debito di educazione a sputare soltanto in questi vasi. 2. Si raccomandano per mezzo di pubblici avvisi che il latte di vacca debba esser sempre bollito prima di beverlo. 3. Si proibisca assolutamente lo smercio della carne di animali tubercolosi, poichè nè cuocendola nè arrostendola si può esser certi di avere distrutto il germe infettivo. 4. Si isolino, per quanto più è possibile i tubercolosi, ed oggi l'isolamento più sicuro, diremo così, più ideale è constituito dai sanatorii, dove non solo si combatte il contagio ma si lotta anche per salvare gli individui in preda al terribile morbo. Quindi sia gli enti publici che privati dovrebbero cooperarsi affinchè in ogni città, ogni paese avesse il suo sanatorio, un luogo cioè di isolamento e nello stesso tempo di cura pei poveri tisici. Infine si noti che tutti gli effetti di uso degli infermi debbono essere accuratamente disinfettati e servire esclusivamente per loro; che se poi l'ammalato venisse a morire questi effetti o si distruggono o si disinfettano con grande cautela ed esattezza.

6. *Arthur Ransome* tratta dell' **importanza del riposo e dell' esercizio all' aria libera nella cura della tubercolosi.** Egli dà maggior valore al riposo all' aria libera, per cui consiglia in generale di stare in posizione semirecumbente, permettendosi solo degli esercizi ben limitati. Il riposo dev'essere principalmente regolato secondo la presenza o l'assenza della febbre e secondo il potere digestivo ed assimilativo; l'esercizio invece

secondo la forza muscolare dell'ammalato e la localizzazione e l'estensione delle lesioni tubercolari specialmente per ciò che riguarda i disordini respiratori e le alterazioni ossee. Per quelli che si trovano in istato di consunzione è di rigore il riposo assoluto. Si concederanno solo opportune divagazioni intellettuali, quali l'amena lettura, la musica, la conversazione piacevole.

Delpeuch, *La Presse médicale*, n. 57, 14 luglio 1899. — Zanoni, *La Clinica medica italiana*, n. 5, maggio 1899. — David Bovaird, *New-York médical journal*, n. 1074, 1 luglio 1899.—Noce, *Il Morgagni*, n. 6, giugno 1899. — Pribram, *Prager medicinische Wochenschrift*, n. 26, 29 giugno 1899. — Arthur Ransome, *British medical journal*, n. 2012, 22 luglio 1899).

TERAPIA MODERNA

Trattamento della epilessia colla brometilformina

I preparati di bromo, con a capo il bromuro di potassio sono dei potenti mezzi contro l'epilessia. Però essendo note tutte le noie che dà una lunga cura di bromuro di potassio si è cercato di sostituirlo con altri preparati come il bromuro di sodio, di ammonio etc. Nel 1894 Bardet e Ferè hanno riunito il bromo con un antisettico intestinale e così si è arrivato alla brometilformina $(CH^2)^6N^4C^2H_5$. Br. Questo farmaco alla dose di 2-4 grammi sarebbe un sedativo potente.

Alla dose di 9-12 grammi sarebbe un antiepilettico apprezzabile che non presenta gli inconvenienti del bromismo.

Rohrmann di Göttinga ha impiegato questo rimedio in cinque casi di epilessia (*Monatschr. f. Psich. Neur* dicembre 1898). Egli nè è stato soddisfatto ed ha ottenuto un notevole miglioramento in tre di questi casi. Il cuore e i reni non sono influenzati dal farmaco in discorso. La brometilformina sembra indicata là dove i sali di bromo si sono mostrati inutili o insufficienti. Il solo inconveniente di questo rimedio è il volume delle dosi che si è obbligati a prescrivere.

Per gli adulti:

Brometilformina . . . . gr. 10

Dà in 5 carte.

Ogni giorno da 1 a 5 carte simili.

Pei bambini:

Brometilformina }
Acqua distillata } . . . . . ana gr. 10

Sciroppo di scorze d'arancio . . » 90

Ogni giorno da uno a due cucchiai da caffè. (*Bulletin gènèral de thèrapeutique*, 8 luglio 1898).

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Le specialità medicinali e i rimedi nuovi

Per le specialità di farmacia pare ora che i giornali di medicina debbano servir di puntello alle quarte pagine dei giornali politici. Gli autori di tutte queste magniloquenti specialità cercano in un modo qualunque — non si bada ai mezzi — di scroccare un articolo laudativo nel corpo di un giornale scientifico per servirsene poi di base alla clamorosa *rèclame* dei giornali politici destinati ai profani, a coloro che non possono distinguere l'oro dall'orpello e che facilmente si accalappiano con una messa in iscena ad uso delle sonnambule o dei monaci che dànno i numeri.

Sul giornale scientifico si cerca l'articolo nel corpo della rivista perchè i medici sanno bene apprezzare gli annunzii della covertina: sui giornali politici basta la quarta pagina per fare abboccare all'amo i gonzi.

Certa stampa medica che troppo facilmente concede simili favori andrebbe messa alla gogna, assieme agli ingenui fautori di un'altra poca onesta usanza, quella di non mai scompagnare il nome di un rimedio nuovo da quello di una marca di fabbrica.

La scienza per noi è l'ideale, è quanto di più puro ci possa essere e non deve assolutamente contaminarsi covrendo con la sua bandiera merce avariata e coscienze poche nette.

Chi si arroga il sacro dritto di bandire la scienza dev'essere e mantenersi sempre così puro da non lasciare che su lui cada neanche il lontano sospetto di un ignobile mercimonio, degno solo del più ignobile ciarlatanismo.

Ci rincresce vedere come la stampa medica italiana, che ha a lungo conservato questo vanto di purezza cominci a precipitare anche essa per la china, su cui ruzzolarono giornali di poco conto e su cui ora — è doloroso costatarlo — cominciano a sdrucciolare anche giornali bene stimati.

Ora che tutto si porta nei congressi e si parla di congressi della stampa medica e di deontologia medica, non sarebbe male discutere in qualche seduta un argomento di tanta capitale importanza.

Si stabilisca, pure, se la redazione non ha molti scrupoli, una rubrica speciale per queste specialità, ma si faccia chiaramente trasparire dal titolo che in quella parte del giornale non entra la scienza. Forse la proposta non riuscirà piacevole agli interessati, ma ne guadagnerà la morale e la serietà scientifica.

Noi che abbiamo sempre tenuto alto questo prestigio possiamo giustamente raccomandare alla stampa autorevole d'Italia di esserci compagna in questa via, e mettere in guardia i nostri sommi di non lasciarsi per compiacenza estorcere una firma, che, quantunque data a mani nette, desta la più triste impressione nel pubblico intelligente. Noi ricordiamo sempre

di un professore candidato che non volle barattare un certificato con un buon numero di voti, che gli avrebbero assicurata la vittoria.

FORMULARIO

Veiel.—**Pasta solforata contro l'acne juvenilis**

Solfo sublimato, Alcool, Acqua	. . . . ana gr.	20
Mucilaggine di gomma arabica.	»	60

Mischia. Uso esterno.

Contro lo zona

Cloridato di cocaina	ctgr.	20
Ossido di zinco.	gr.	1
Amido	»	10

Mischia. Da applicarsi sull'eruzione.

oppure:

Acido borico	»	2
Ossido di zinco.	»	4
Glicerolato d'amido	»	30

Mischia e fa unguento. Per applicazioni locali.

Gilles de la Tourette. — **Cura della psoriasi palmare e plantare sifilitica.**

Sublimato	gr.	1
Idroclorato d'ammoniaca . . .	»	1

fa cartina una. Si sciolga in due litri d'acqua tiepida e si faccia mattina e sera un bagno locale di un quarto d'ora.

NOTIZIE E VARIETA'

La barba ed i microbi

Un chirurgo ungherese inibiva l'ingresso nelle sale ad ogni studente che non si sbarazzasse della capigliatura. Oggi L'Heubner reclama dai chirurgi il sacrifizio della barba. Egli ha potuto da essa ottenere stafilococchi bianchi ed aurei. Munendosi di una maschera, stando vicino a delle placche di agar, in 18 esperienze 6 volte l'agar è rimasto sterile, 12 volte il numero delle colonie è stato significante. Raccomanda quindi l'uso della sua maschera.

Neologismi medici

Per poco che si continuerà come si fa adesso non sarà più possibile intendersi in medicina; si classifica, si definisce e sopratutto si battezza il fenomeno, la menoma varietà di malattia. Fin qui i medici dell'ospedale Ricord si occupavano di malattie veneree e ognuno comprendeva di che si trattava. Ma ecco Queyrat che annunzia che comincerà un corso di lezioni di *cipridologia*. Alla parola ciò significa: discorsi su Venere; ora se non si mette dentro parentesi (M. veneree), ognuno può supporre che alla clinica di Ricord si studi pornografia. Quando si parlerà unicamente nella propria lingua e con proprietà? Reclus ha già fatto nel « *Temps* » una campagna di protesta: non si farebbe male a riprenderla.

Gazzettino

NAPOLI. *Comitato per l'educazione fisica e la tubercolosi.*—In una riunione di questo comitato sotto la presidenza del prof. Albini, il prof. Castellino ha trattato dell'importanza dell'educazione fisica come fattore di aumentata resistenza verso le malattie. A sua proposta il comitato ha approvato che nel prossimo aprile al congresso per la lega contro la tubercolosi vi sia una sezione per l'educazione fisica.

NAPOLI. *Sanatorio per i tisici.*—La duchessa Ravaschieri ha regalato all'ospedale degli Incurabili una sua villa a Pozzuoli perchè vi sorga un sanatorio per i tisici poveri.

SIRACUSA. *Ospizio per l'infanzia abbandonata.*—Il Consiglio Comunale, a domanda del sacerdote Concetto Barreca, ha concesso ad unanimità gratuitamente il terreno necessario alla costruzione di un ospizio provinciale per i fanciulli abbandonati.

DRESDA. *Epidemia di tifo.*—In una sola giornata a Svebtan vi furono 120 casi di tifo con 12 morti. A Dresda vi fu pure qualche caso, ma il pericolo dell'epidemia è eliminato in seguito ad energici provvedimenti.

BRUCOM. *Idrofobia psichica.*—Un operaio morsicato da un cane sano ha cominciato a mordere a sua volta i figli e le persone che l'avvicinavano. All'istituto Pasteur di Lilla è stato dichiarato auto-suggestionato. Ora in preda a vera malinconia, mangia appena ed è evitato da tutti i compaesani che temono di esserne morsicati.

BERLINO. *Vaccinazioni antirabbiche.*—Nell'I. istituto per le malattie infettive è sorto un reparto per le vaccinazioni antirrabiche. La cura è gratuita e consiste in iniezioni che giornalmente vengono praticate ambulatoriamente. Si fanno rimanere soltanto all'ospedale quelle persone che in Berlino non hanno alloggio; così i fanciulli che si presentano soli e non hanno famiglia. La durata della cura nei casi lievi dura 20 giorni, nei casi gravi per lo meno trenta.

CRACOVIA. *Il IV Congresso di chirurgia polacca.*—Ebbe luogo in Cracovia dal 18 al 20 luglio, furono discussi i seguenti temi, che interessano tanto i chirurgi, quanto i cultori di medicina interna: 1° terapia della epidermite; 2° terapia della ipertrofia prostatica.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

I metodi terapeutici della Clinica medica di Roma

(PROF. GUIDO BACCELLI)

Resoconto del Dott. V. ASCOLI, aiuto della Clinica

(*Cont. e fine — Vedi num. prec.*)

IX. Cura di taluni aneurismi

Tra gli studi del Baccelli culmina quello intitolato *nuovo metodo di cura di taluni aneurismi dell'aorta.*

Potè praticare questo suo metodo, per la prima volta, nel 1873, ma non volle pubblicarlo che nel 1877, soltanto dopo lunga e minuta ponderazione del complesso dei fattori, dopo l'analisi completa e definitiva di un secondo caso.

Lo spirito del clinico è subito mosso dal costante proposito di asservire la terapia alla diagnosi: ogni conato per redimere l'arte dalla sua impotenza gli pare, non che lodevole, necessario. E sebbene i due casi non fossero fortunati, la fede del clinico si accrebbe nell'analisi rigida e coscenziosa degli stessi insuccessi, i quali gli permisero di tutti valutare esattissimamente i coefficienti fisiologici, anatomici e clinici di un buon esito. Anzitutto fissò le condizioni di *operabilità;* poichè questo metodo non è generico, ma invece specialissimo ed applicabile in talune congiunture soltanto.

1. *Gli aneurismi devono essere dell'aorta toracica ed estrinsecati.*

È chiaro che la loro cura sarà tanto più facile per quanto maggior segmento di essi sporgerà fuori del torace: ciò implica minori danni e pressioni sui visceri interni, più semplice e diretto l'attacco. Le sezioni dell'aorta che adempiono queste condizioni di vicinanza alla parete toracica sono:

a) Quel tratto dell'aorta ascendente che dall'origine di esso giunge al disotto dell'articolazione sterno-claveare destra, e continua al disotto dello sterno;

b) Quel tratto dell'aorta discendente toracica che non ancora si adagia all'innanzi della colonna vertebrale.

In tali sezioni a preferenza si stabilisce il processo ateromasico, ch'è il più ovvio generatore degli aneurismi, forse perchè ivi è più intenso l'urto della corrente sanguigna. E infatti ciò avviene nel primo tronco, giacchè più diretta risente la pressione vascolare precedendo esso l'incurvamento, nel secondo giacchè ivi insorge aumento di pressione determinato dal restringimento del calibro arterioso. Dalla ateromasia e dallo sforzo insorge la dilatazione.

Tra gli aneurismi dell'aorta ascendente sono operabili quelli soltanto extrapericardici; negli altri la controindicazione risulterebbe evidente da ciò che vi sarebbe insufficienza aortica per distensione della parete o per alterazione della valvola.

2. *L'aneurisma dev'essere di forma ampollare.*

Lo scopo che il nuovo metodo si propone essendo la formazione di un solido coagulo che otturi la cavità morbosa, esso esige che non venga menomamente danneggiata la circolazione libera nell'alveo arterioso normale. La miglior guarentigia di questo necessario postulato dell'arte sta nella *forma ampollare* in cui il collo è ristretto e piccolo il pertugio di comunicazione.

La controindicazione è evidente per converso negli altri tipi di aneurisma: il *fusiforme* e il *cilindrico.*

È dunque della massima importanza stabilire, oltre che la sede, la forma dell'aneurisma.

Un argomento capitale, che il Baccelli ha trovato adatto perciò, riposa sulle condizioni del cuore. Il cuore si ipertrofizza quando aumenta la pressione nelle arterie; negli aneurismi ciò non si verifica sempre, *com'era prima opinione generale,* ma solo quando v'è deviazione dell'asse idraulico centrale del vaso. Mancando questa o essendo scarsissima quando il collo dell'aneurisma è ristretto e breve è il

pertugio di comunicazione coll'alveo arterioso quindi nell'aneurisma ampollare, qui mancherà l'ipertrofia cardiaca. Allora è poco turbata l'armonia funzionale tra il centro di propulsione e le arterie, cioè i tubi elastici che continuano indefinitamente i moti loro impressi dalla proiezione cardiaca in virtù del *nixus* e del *renixus* ch'esprimono la reazione elastica.

Dunque se il cuore non è nè dilatato nè ipertrofico l'aneurisma aortico avrà collo e pertugio ristretto. La proposizione inversa che quando un aneurisma abbia tali caratteri il cuore non possa ingrandirsi, non regge; infatti ciò avviene se l'aneurisma s'accompagna con endo-aortite cronica deformante. Data dunque la diagnosi d'un aneurisma di forma ampollare, l'ipertrofia del cuore indica alterazione estesa dell'aorta.

Per quali altri criterii si diagnostica la forma ampollare?

La circoscrizione quasi completa dell'impulso espansivo, del fremito eventuale e dei rumori, mentre tutti questi fenomeni sono assai poco appariscenti nel resto della intumescenza, attestano che quella regione corrisponde generalmente alla gettata idraulica centrale, ch'essa non è larga nè potente.

3. *Il cuore non dev'essere ipertrofico.*

L'importanza di quest'ultima condizione per l'operabilità non abbisogna di troppe considerazioni dopo quanto siamo venuti esponendo, che l'ipertrofia si debba a lesioni valvolari del cuore, o alla forma non ampollare dell'aneurisma o alla concomitanza di estese lesioni vascolari con l'aneurisma dotato della forma richiesta. Le alterazioni delle arterie non limitate al punto aneurismatico costituiscono una nuova controindicazione del metodo.

Giudicato possibile l'intervento, bisognava determinarne il metodo.

Lo scopo era *obliterare il sacco aneurismatico* producendo coaguli forti, compatti; limitarli alla capacità aneurismatica senza danneggiare nè il lume delle arterie nè le pareti del sacco; ottenere ciò prontamente, sicuramente, durabilmente.

Per riuscire a tali intenti Baccelli, introdusse nel sacco aneurismatico ampollare una molla d'orologeria attraverso un ago-cannula.

Poichè la molla non poteva empiere l'ago rotondo era supponibile una forte emorragia, pensando che, interrotta in un punto la sfera aneurimastica, le forze comprimenti uniformemente le pareti sarebbero divenute forze di proiezione del liquido contenuto. Bisognava anzitutto eliminare questo sospettato pericolo: e Baccelli riflettè che le *pareti di un aneurisma, per quanto ampollare, 1. non sono mai perfettamente sferiche e regolari; 2. nè dovunque egualmente elastiche;* 3. nè all'interno liscie ed eguali e simmetricamente disposte bensì stratificate irregolarmente di coaguli; 4. sono inoltre alterate nella vitalità: considerò giustamente che in esso le leggi generali dell'idraulica erano modificate: filamenti liquidi, forze di proiezioni e di reazione elastica, un pertugio solo, e non ampio, per l'ingresso ed egresso dell'onda circolante entro una cavità anfrattuosa. Per tal complesso di cose le forze proiettive che si fossero sviluppate in seguito alla limitata interruzione della parete del sacco non essendo eguali, sinergiche, coordinabili, si sarebbero sciupate in un attrito promiscuo ed inutile. Queste considerazioni di fatto collimavano con la osservazione che le poche volte ch'eransi fino allora punte le pareti aneurismatiche non era stato mai discorso di emorragie importanti.

L'esperienza confermò le previsioni dottrinali.

Restavano a risolvere i due problemi: *quanto* profondo si sarebbe conficcato l'ago e *dove* si sarebbe praticata la puntura.

Perchè la spira potesse regolarmente svolgersi con utilità e senza staccare coaguli pericolosi era mestieri che dovesse mettersi nel centro dell'atmosfera liquida.

Questo è naturale.

Misurata la periferia del tumore e segnalati gli accidenti di forma e presa la miglior contezza dei rapporti tra la base dell'intumescenza e la quantità dei tessuti normali sopraffatti dalla bozza aneurismatica; calcolata con la percussione la massa di aneurisma nascosta ancora sotto le coste; studiate le parti adiacenti e gli organi compressi, si deve cercare di stabilire con la maggiore esattezza possibile la traiettoria dal pertugio aortico al punto corrispondente periferico. Di questi punti il primo con la ispezione, palpazione e ascoltazione si stabiliva facilmente nella regione circoscritta del massimo impulso; il secondo poteva ad un di presso calcolarsi dalla posizione della bozza pulsante, dalla sede anatomica dell'arteria, dalla abituale localizzazione del processo ateromatoso. Tutti questi contributi col vicendevole appoggio e con la risultante armonia permettevano di condurre una linea imaginaria tra il punto pulsante dell'aneurisma e il suo pertugio di comunicazione con l'aorta: questa era la linea dell'asse centrale della circolazione aorto-aneurismatica. Baccelli, tagliando questa linea verticale con una linea orizzontale che passava alla base del tumore e corrispondeva al più ampio cerchio di esso entrava parallelamente e sotto questa orizzontale col trequarti fino all'intersezione delle due linee. Era così certo di essere nella zona liquida con l'ago: i movimenti oscillanti dell'ago confermavano col fatto la presunzione matematica.

Ritirando allora il punteruolo, s'introduceva la spira in modo che il suo involgimento si compisse in senso opposto alla direzione del pertugio di comunicazione tra l'arteria e la cavità aneurismatica.

Rimaneva il dubbio che la pressione intra-aneurismatica impedisse il regolare involgimento della spira: e Baccelli provò con in-

gegnoso esperimento sul cadavere che neppure la pressione uguale alla massima pressione sanguigna poteva far ciò.

Per introdurre tutta la spira dentro il cavo ed evitare che la estremità periferica restasse dentro l'ago. Baccelli immaginò una forcella che la affondasse nel sacco mentre ancora esso era infisso.

Per la completa riuscita dell'operazione restavano ancora parecchie incognite relative all'azione della spira e agli effetti ulteriori della sua presenza nel sacco.

Senza rilevare i molti dubbi qui sollevati, riferiremo quanto risultò dalla esperienza anatomo-patologica nei casi operati.

Anzitutto la molla si adagia entro il sacco in modo da dare luogo ad uno sbattimento sufficiente; i coaguli si formano fortissimi intorno ad essa. Le spire di questa molla si ossidarono; si assottigliarono; si ruppero in pezzi, ognuno dei quali diventò il nucleo o il centro di un robusto coagulo; non punsero, nè irritarono, nè infiammarono le pareti del sacco. Per le condizioni isto-patologiche delle sue pareti l'esperienza dimostrò che il sacco aneurismatico è posto al riparo di una flogosi di origine traumatica.

Come osservammo, il nostro maestro non pubblicò il suo metodo curativo che dopo avere operato due casi. Allora espose analiticamente e rigorosamente le cagioni dell'insuccesso, e concludeva che la logica rigorosa dei fatti non sconsigliava, malgrado ciò, il suo metodo e terminava ricordando il vecchio aforisma: *omnia secundum rationem facienti etiamsi non eveniant secundum rationem, non est transeundum ad aliud, stante eo quod antea visum est.*

X. — Cura delle cisti d'echinococco

La cura delle cisti di echinococco, meno rare nei nostri ospedali che non si immagini, ha attratto l'attenzione del prof. Baccelli, che nel 1887 impresе un metodo terapeutico definito oggi col suo nome.

Parecchi casi nella nostra clinica, pubblicati dal prof. Rossoni, dal Pensuti, dal Capparoni e dal Minossi e una serie favorevole di altri, tra cui ricordo quelli di Sennet, di Marecal, di Guerison, di Abbamondi, di Pansini, di Cocorullo, di Malacola, di Galliaro, di Bokay e infine di Panichi, dànno una larga conferma di fatti alla cura proposta dal Baccelli.

Così come venne proposta dal suo autore, essa consiste nell'aspirazione di una certa quantità di liquido della cisti e nella successiva iniezione di una quantità un po' minore di sublimato corrosivo all'1 $^{0}/_{00}$.

Questo metodo rientra quindi tra quelli della puntura con iniezione successiva di liquido. Le note importanti si riferiscono al vuotamento incompleto della cisti e alla natura del liquido iniettato.

Il sublimato rende sterile il liquido della cisti, non determina coaguli mescolandosi bene con esso; anzi nel mestruo ricco di cloruro sodico diffondendosi molto rapidamente. Modificatosi opportunamente il contenuto della cisti, si stabilisce in modo relativo rapido e graduale il riassorbimento di esso.

Quando invece si aspira rapidamente tutto il liquido di una cisti, la membrana connettivale più o meno ricca di connettivo denso non può d'un tratto retrarsi: per il vuoto che nella cisti si viene stàbilendo si determina viva iperemia e transudazione, e così insorgono le frequenti complicazioni delle punture.

Il metodo Baccelli adunque offre il vantaggio di non alterare troppo rapidamente le condizioni statiche e nutritive dei tessuti circumambienti alla cisti, e di modificare il contenuto di essa in modo che ammazzi il parassita, impedisca lo sviluppo dei germi patogeni e favorisca il graduale assorbimento.

Perchè esso sia *indicato* occorre che il liquido estratto sia limpido e senza albumina, e non esistono indizi locali o generali di suppurazioni della membrana pericistica. Il Baccelli ammise subito un'altra condizione: che la cisti fosse unica. È infatti ovvio come sia difficile che il liquido d'una cisti figlia modificato dall'iniezione agisca poi su tutte le altre, il cui numero è spesso straordinario.

Il metodo della clinica romana non potrebbe essere più semplice: l'uso relativamente limitato che di esso si viene facendo deve dipendere essenzialmente dalla diffidenza per i metodi delle punture in genere seguite da iniezioni modificatrici e per i brillanti successi della chirurgia.

Infatti le maggiori predilezioni per la cura delle cisti di echinococco sono ora per l'intervento chirurgico energico. Oltre che per le cisti con sintomi febbrili e dolorosi da far sospettare l'infezione secondaria di esse, la laparotomia deve consigliarsi, per le ragioni su abbozzate, nelle cisti molto grandi e molto antiche.

E' evidente che non possa con facilità stabilirsi una retrazione e conseguente cicatrizzazione intorno alla vescica d'echinococco, quando la membrana reattiva sia molto grande e indurita.

Al di fuori di simili circostanze il metodo Baccelli merita ogni preferenza. Ma poichè talune volte si è occorso veramente di osservare fenomeni immediati di una qualche entità, per quanto non mai realmente gravi; e poichè, come dato di fatto, si verificano talora incidenti anche impressionanti, nelle semplici punture esplorative, mi permetto riunire quì taluni pratici consigli suggeritimi dalle osservazioni fatte nella Clinica di Roma e dalla meditazione dell'argomento.

Sospettata la diagnosi di cisti d'echinococco, è utile cercare con diligente esame obbiettivo di stabilirne la grandezza, e con accurata anamnesi di indagarne più precisamente possibile la durata. Se la cisti non è voluminosa e non

risulta vecchia si può prepararsi alla cura Baccelli. Non conviene praticare puntura esplorativa (talvolta pericolosa), ma servirsi di essa a scopo curativo. Poichè il liquido d'echinococco sta sotto pressione piuttosto notevole e se questa non viene diminuita sottraendo proporzionale quantità di liquido, esso può farsi strada all'esterno nella sierosa o nel lasso connettivo che divide la membrana cistica dalla pericistica, determinando nel primo caso fenomeni d'avvelenamento e reazione peritoneale e nel secondo complicazioni più o meno importanti: sarei di opinione di estrarre una certa quantità di liquido (50-100 cmc.) secondo la grandezza della saccoccia, in modo che resti debole la tensione, anche dopo che siano introdotti 10-20-25 cm. di soluzione di sublimato al millesimo. Questa sottrazione di liquido preventiva sufficientemente grande vale anche a persuaderci sempre meglio che la cisti sia unica.

Finalmente accennerò a due particolarità di tecnica che nel caso concreto possono riuscire di importanza decisiva:

1. Di servirsi di aghi sottilissimi per la puntura e la iniezione: la ragione è ovvia, si evita il pericolo che il contenuto cistico sgoccioli al di fuori.
2. Di evitare, al momento della puntura e, specialmente subito dopo, delle rudi manovre e delle forti compressioni che possono facilitare il temibile riversarsi del liquido stesso.

Tenuto conto di tali avvertenze per la tecnica e praticando la cura con le esatte indicazioni suaccennate, il metodo Baccelli darà buoni risultati ed eviterà gravi attacchi chirurgici che non possono considerarsi indifferenti per sè e per i postumi loro.

Esso ha il vantaggio di essere facilmente eseguibile da qualunque medico accurato nella diagnosi e nella esecuzione materiale, e non preclude la via a qualsiasi atto più energico potesse per avventura rendersi poi necessario.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE COCHIN DI PARIGI—Prof. Chauffard

1. *Sopra un caso di tubercolosi acuta.* — Un giovane diciottenne entra all'ospedale con tutte le apparenze di una febbre tifoide grave. Egli era andato soggetto a bronchiti ripetute ed a privazioni d'ogni genere. Otto giorni prima fu affetto da violenti dolori di capo che l'obbligarono a sospendere il lavoro, poscia a mettersi a letto. La diagnosi di febbre tifoidea, fatta dal medico che l'aveva avuto in cura, era giustificata: in fatti si avevano: lingua secca, milza grossa, molti rantoli sibilanti al torace, urine albuminose, temperatura 39°5, macchie rosse dubbie alla pelle. Fu confermata la diagnosi e venne istituita la cura coi bagni freddi. Ma questi non produssero alcun effetto; il delirio si accentuò, i sintomi polmonari aumentarono e tosto si aggiunsero fenomeni di meningite che fecero ammettere una complicazione cerebrale della febbre tifoide. La morte ebbe luogo il 14° giorno. Contro la febbre tifoidea dovevano farsi alcune riserve: non vi era mai stata diarrea, epistassi, e specialmente la siero-diagnostica era rimasta negativa. Si doveva anche discutere la possibilità di una meningite cerebro-spinale; mancavano però la precocità delle manifestazioni meningee, non dolore, non rigidità della nuca; non esisteva il segno di Kernig e la puntura lombare non diede risultato positivo. Si poteva infine pensare ad una granulia a forma tifoidea. E così stavano le cose: difatti all'autopsia si trovò una milza enorme, diffluente, che presentava l'aspetto infettivo caratteristico; nel polmone sinistro lesioni tubercolari antiche, inoltre granulazioni diffuse estese non soltanto a quest'organo, ma anche ai reni, al fegato, al peritoneo; sulla faccia inferiore del cervello, attorno al bulbo si vedevano lesioni recenti e discrete di meningite, che avevano tutto l'aspetto della meningite tubercolare, quantunque all'occhio nudo non vi si trovassero granulazioni.

L'errore qui commesso dimostra la grande somiglianza che s'incontra nel modo in cui l'organismo reagisce quando l'infezione è grave e generalizzata a tutto l'organismo, modo di reazione che dipende meno dall'agente infettivo che dalla sua generalizzazione. Nelle circostanze accessorie bisogna spesso cercare gli elementi della diagnosi. La nozione eziologica può essere qualche volta utilizzata, ma quello del terreno ha spesso maggior valore, giacché è legge che ogni granulia sia preceduta dall'esistenza di un focolaio tubercolare; questa legge era confermata anche in questo caso, non solo anatomicamente, giacchè l'ascoltazione aveva dato risultati incerti relativamente all'esistenza di lesioni tubercolari dell'apice. Bisogna per certo aggiungere che questa constatazione non sarebbe una ragione decisiva per conchiudere per la tubercolosi miliare, giacchè la tubercolosi non è per nulla incompatibile colla febbre tifoide. Però da questa coincidenza risulta anche una difficoltà di diagnosi.

La difficoltà di questa diagnosi differenziale è aumentata ancora dal fatto che non è possibile di basarci sull'evoluzione favorevole della malattia, la guarigione stessa non essendo una prova di ciò, che la malattia in quistione era febbre tifoide e non tubercolosi miliare. Landouzy ha descritto col nome di tifo-bacillosi delle forme di tubercolosi miliare che possono guarire dopo di aver presentato tutti i caratteri della febbre tifoide.

L'esistenza di queste forme curabili di tubercolosi miliare aumenta dunque di molto la difficoltà della diagnosi differenziale fra la tubercolosi acuta e la febbre tifoide: la siero-diagnostica può essere allora di aiuto prezioso, ma ha spesso l'inconveniente di non potere dare un argomento decisivo che ad

un periodo molto tardivo della malattia. Le indicazioni della cura non sono per fortuna modificate nei due casi: i bagni freddi debbono essere utilizzati.

2. *Ulcera semplice della vescica.* Trattasi d'un ammalato morto nell'ospedale con un'ematuria persistente. Quest'uomo, dell'età di 36 anni, non aveva alcun antecedente urinario quando fu assalito bruscamente, in piena salute, da dolori violenti alla regione lombare ed ai fianchi, che si ripercuotevano ai testicoli ed alla verga. Erano vere coliche che venivano alleviate dal riposo a letto, ma si riproducevano subito coi movimenti. Restò anurico per 38-40 ore, poi cominciò ad emettere urine dapprima oscure, poscia sanguinolente. L'ematuria continuò, costituita in alcuni momenti da sangue quasi puro. Al 4° giorno di questi accidenti; al suo ingresso all'ospedale si trovò l'addome teso, contratto, straordinariamente duro e doloroso in modo eccessivo, il che rendeva molto difficile l'esplorazione della vescica. Questa frattanto sembrava distesa e svuotavasi incompletamente, malgrado la frequenza delle minzioni formate di sangue quasi puro. In queste condizioni, siccome non v' era stato nè traumatismo, nè sforzo, nè tentativo di cateterismo, giacchè d'altro lato l'uretra sembrava sana e non aveva mai presentato segni di restringimento, in ragione anche dei dolori lombari che sembravano predominare dal lato sinistro, si pensò ad un'ematuria d'origine renale probabilmente preceduta da coliche nefritiche. Tuttavia non si poteva affermare la litiasi biliare, dando questa luogo molto raramente a simili ematurie.

L' ematuria persistè malgrado il riposo a letto, le iniezioni d'ergotina, la medicazione antiemorragica; l'indomani lo stato si era un po' aggravato, e si discusse l'opportunità d'un intervento sui reni che fu rigettato dal chirurgo a causa dell' impossibilità di localizzare esattamente l'origine probabile dell'emorragia. Un nuovo fenomeno si produsse costituito dalla scomparsa dell' ottusità vescicale, coincidente coll' aggravarsi dei sintomi, fenomeni dovuti alla perforazione della vescica, come mostrò l'autopsia.

L'evoluzione degli accidenti si era dunque compiuta in questo caso in 5 giorni senza che fosse stato possibile di indagare esattamente l' origine dell'ematuria. La distinzione delle ematurie provenienti dalla vescica da quelle provenienti del rene è infatti molto difficile, malgrado i segni differenziali che sono stati dati. L'ematuria per la sua omogeneità sembrava provenire dal rene, mentre l'assenza di cilindri e di zaffi fibrinosi erano piuttosto in rapporto coll'origine vescicale. Il dolore sembrava anche occupare la regione renale, ma i dolori associati riflessi possono ripercuotersi in tutto l'albero urinario, e non si può fidarsi sempre di questa localizzazione, come lo mostra questo caso, nel quale la localizzazione renale sembrava quasi evidente. Ma l' autopsia dimostrò che i reni erano sani e che la lesione era puramente vescicale. Nel peritoneo esisteva un versamento sanguinolento, della quantità di circa 3 litri, ma asettico, come venne dimostrato dalle culture. Alla parte posteriore e superiore della vescica esisteva una perforazione ellittica, della grandezza d' un pezzo da due franchi circa. Esaminando al microscopio il tessuto limifrofo alla perforazione, si trovò soltanto la necrosi di tutti gli elementi, ma non traccia di infiltrazione neoplastica. Il resto della parete vescicale era perfettamente sano. Si può domandarsi perchè in quest' uomo si sia formata questa perforazione e si è colpiti dall' analogia di questa storia con quella dell' ulcera semplice dello stomaco: le cose infatti decorrono spesso allo stesso modo: grandi ematemesi, perforazione rapida e morte; dal punto di vista anatomico, anche le lesioni sono fino ad un certo punto simili.

Già nel 1836 Mercier aveva segnalate le ulcerazioni spontanee della vescica, che hanno come carattere principale quello di insorgere senza cistite anteriore, di essere croniche, tagliate a picco ed aventi una tendenza spiccata alla perforazione delle pareti vescicali. Dopo questo lavoro, gli autori inglesi si sono specialmente occupati delle ulcere semplici della vescica. Lawson ne riferisce 4 osservazioni, delle quali una con autopsia, che mostrò una ulcerazione molto simile all'ulcera rotonda e che aveva perforata la vescica. Bartelot pubblica un'osservazione con autopsia: egli trovò un' ulcera perforante della vescica, che aveva la sua sede nel mezzo della faccia posteriore. Olivet ammette l'esistenza di un'ulcera semplice della vescica simile a quella dello stomaco: secondo lui, questa ulcera si svolge ordinariamente in modo insidioso, senza segni d'infiammazione o di suppurazione, e può produrre una peritonite mortale da perforazione prima che la si sia riconosciuta. È più probabile, soggiunge, che l'embolia e la trombosi siano la causa di quest'ulcera come di quella dello stomaco e del duodeno. Hurry Fenwich crede che si incontrino molte forme semplici d'ulcerazioni vescicali diagnosticate a torto come tubercolari e considerate pure a torto come incurabili. Queste ulcerazioni sopravvengono negli individui dei due sessi, ma sopratutto negl' individui giovani di circa 20 anni senza antecedenti venerei. L'inizio subitaneo consiste in un lieve aumento di frequenza delle minzioni, ma rapidamente insorgono l'ematuria ed un altro sintomo sul quale Fenwick insiste molto, cioé un dolore violento in un punto dell'uretra peniena. L'esame cistoscopico gli ha permesso di constatare un'ulcera unica risiedente generalmente all'indietro del cercine interuretrale ed avente le dimensioni del pezzo d'uno *shilling*: i suoi margini sono a picco, gelatinosi, il fondo

sporco e sanguinolento. Sembra però che questo autore abbia osservato solo dei casi non perforanti. Alcuni infatti dei suoi casi guarirono rapidamente, altri si complicarono con cistite.

Da tutte queste osservazioni, risulta nettamente che esiste un'ulcera semplice della vescica che, dal punto di vista clinico, può essere semplicemente dolorosa o emorragica e finisce colla guarigione completa o con una cistite cronica generalizzata. Altre volte l'ulcera vescicale è più grave e può produrre la morte per perforazione. Si trovano tutti i caratteri clinici dell'ulcera rotonda dello stomaco, come se ne trovano tutti i caratteri anatomici all'autopsia. L'osservazione riferita rientra nettamente nel gruppo dell'ulcera semplice della vescica: è un'ulcera semplice emorragica e perforante.

Movimento biologico universale

1. Czyhlarz ha eseguito, nella clinica del Nothnagel, alcune esperienze relativamente « **al significato della ipertermia per l'organismo animale** ». La conclusione a cui è venuto si è che in nessun caso di ipertermia sperimentale egli trovò fatti di degenerazione grassa degli organi (sia eseguendo preparati a fresco, che col metodo di Marchi). Nei preparati a fresco notavasi una lieve degenerazione parenchimale. L'esame del sangue mostrò pochissima differenza da quello degli animali normali. (*Centralblatt für innere Medicin* n. 29, 22 luglio 1899).

2. Riva studia « **la capacità emoglobinica dei globuli rossi (teoria della clorosi)**. Gli pare chiaro dalle esperienze fatte che il globulo clorotico abbia minore attitudine del globulo sano e di malati di varia specie a formare la combinazione emoglobinica, sicchè difficilmente, stentatamente assume il tasso normale. Questa differente attitudine del globulo é ciò che egli ha chiamato, almeno provvisoriamente, capacità emoglobinica del globulo rosso del sangue. Clinica e patologia sperimentale concorrono insieme a dimostrare che i soli sali inorganici ferrosi, fatti, ad alta dose, entrare in circolo, portano benefici e talvolta meravigliosi effetti. La clorosi guarisce sicuramente anche indipendentemente dai ferruginosi (bagni freddi e caldi in montagna, bagni di mare, ecc.), ma ciò dipende dal fatto che tali mezzi correggono a poco a poco (simili cure infatti, sono di lentissima azione) la funzionalità del midollo delle ossa e conseguentemente lo stato del globulo, rendendogli la capacità normale, lo rendono in altre parole atto ad usufruire anche del ferro degli alimenti. (*La Clinica medica italiana*, n. 5, maggio 1899).

3. Marfan e Bernard studiano « **la trasformazione mucoide delle cellule ghiandolari dell'intestino** », e concludono che i globi refrangenti sono costituiti da una sostanza molto analoga al muco, ma che se ne distingue per alcuni caratteri morfologici ed isto-chimici. Essi sono costituiti da un muco modificato, patologico, o se si vuole di una sostanza mucoide (*La Presse médicale*, n. 55, 12 luglio 1899).

4. Comte fa rilevare come le « **iniezioni sotto cutanee di siero artificiale** » costituiscono un potente mezzo di guarigione dei grandi traumatismi sia accidentali che chirurgici. Il siero agisce nel collasso post-emorragico e nello shock elevando la pressione e producendo una eccitazione speciale sui centri nervosi circolatori. A piccole dosi è emostatico, per cui potrà adoprarsi nelle emorragie a nappo e in quelle ostetriche. Il titolo della soluzione sarà dal 7 al 10 per 1000, la sua temperatura sarà di 37°. (*Thèse de Lyon*, 1898-99).

5. Sciaudone fa delle ricerche sperimentali sulla « **azoturia e intossicazioni batteriche** ». Conclude che è dell'opinione di quelli che ritengono che il fenomeno dell'azoturia debba mettersi quasi esclusivamente in conto delle intossicazioni batteriche, che invadono l'organismo nell'invadere del processo acuto o subito dopo. Però per intossicazioni batteriche non intende dire intossicazione da tossine batteriche, ma nel senso di prodotti tossici in genere dovuti, o direttamente a varii microrganismi, o ai veleni prodotti dalle profonde alterazioni da essi apportate nei processi bio-chimici della vita organica cellulare. (*La Clinica medica italiana*, n. 5, maggio 1899).

6. Sclavo si occupa « **delle iniezioni endovenose del bacillo carbonchioso** » nelle pecore fortemente immunizzate contro il carbonchio e del comportamento in esse delle sostanze preventive specifiche. Dalle sue esperienze risulta che la refrattarietà acquisita dalla pecora può essere vinta quando con ripetute iniezioni endovenose di batterii carbonchiosi si suscita la lotta nei vari suoi tessuti non tutti capaci di resistere ai germi quando il connettivo sottocutaneo, pur essendovi nel sangue una notevole quantità di sostanze, di cui basta una piccola frazione per determinare al luogo d'innesto sotto pelle una valida difesa contro l'infezione da parte del coniglio, così sensibile per natura al carbonchio. L'attività del siero dipenderebbe dall'esistenza in esso di speciali sostanze stimolanti, fabbricate dal corpo animale sotto l'influenza del germe del carbonchio e che, una volta formato, il germe non sarebbe in grado di distruggere. (*Rivista di Igiene e Sanità pub.*, n. 14, 16 luglio 1899).

7. Rosenblatt si occupa dello « **esame dei bacilli tubercolari nelle feci** » di individui affetti da enterite specifica ed osserva che egli ha

avuto buoni risultati dal seguente metodo. Dava ai pazienti per alcuni giorni della tintura di oppio fin tanto che le feci diventano dure e cilindriche. Ora queste scibale venivano fuori, coperte come da uno strato muco-purulento (proveniente dalle ulcere specifiche); facendo i preparati di questo strato senza alcuna difficoltà si trovavano i bacilli. La ragione di questo fatto sta in ciò che le scibale dure nel passare dalle superficie ulcerose si verniciano (per così dire) di bacilli, mentre che questi non si trovano o si trovano con difficoltà nelle feci diarroiche. (*Centralblatt für innere Medicin*, n. 29, 22 luglio 1899).

8. Thibault a proposito del fenomeno, che va in psichiatria col nome di « **già visto** » crede che esso sia la manifestazione di uno stato subcosciente cioè una vera e propria dissociazione psichica. La sua prognosi non è grave: si produce per lo più negli epilettici, negli isterici, nei deliranti cronici e sopratutto nei deliranti che si credono perseguitati. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

9. Aubert a proposito della « **sordità simulata** » dice che, essendo frequente nell'armata, i mezzi per iscoprirla vanno, dall'esame funzionale e obiettivo ai mezzi di sorpresa, agli anestesici e ai mezzi coercitivi. L'esame funzionale si ripeta spesso per vedere se il responso dell'ammalato sià identico o varia. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

10. Honnorat riferisce un caso di « **blenorragia presa ab ore** » e si propone di ricercare se vi siano altri esempii di simile contaminazione. (*La Mèdecine moderne*, n. 53, 12 luglio 1899).

LA MEDICINA IN PROVINCIA

UN CASO DI TETANO TRAUMATICO GUARITO COLLA ANTITOSSINA DEL PROF. TIZZONI

Dott. *Rambaldo Alessandrini* di Jesi

Lombardi Pietro, di anni 20, colono di Jesi, riportava, accidentalmente, due mesi fa, una piccola ferita lacero-contusa, al dito grosso del pie' sinistro. Senza dare a ciò alcuna importanza, seguitò per quel giorno, e per qualche altro, a lavorare a piedi scalzi, fra le zolle del campo.

Sempre sano e robusto, fino allora, cominciò ad avvertire, sull'ottavo giorno, dopo la riportata lesione lacerativa, un malessere indefinibile, ben presto accompagnato da poca febbre, e da dolori alla nuca, ed al collo, con senso di rigidità, che, in breve, si estese al dorso, mentre apparivano il trisma e l'opistotono.

Fu immediatamente iniziata la cura, con iniezioni ipodermiche d' una soluzione d' acido fenico al 3 0[0 (tre volte al giorno il contenuto d' una siringa di Pravaz) e con bagni tiepidi prolungati a cui si dovette però rinunziare, perchè se procuravano grande ristoro al paziente (una volta immerso nell'acqua), le manualità necessarie per riporvelo, e rilevarvelo, eccitavano potentemente i parossismi delle convulsioni spastiche. Giunsero queste, in pochi giorni, ad un grado estremo, raddoppiate anche da minimi urti, da rumori, da tentativi di bere o deglutire, dalla luce etc.

Ad influire sugli accessi degli spasmi tetanici, resi ognor più frequenti, e così intensi da irrigidire, quasi come pietra, le pareti dell'addome e del torace, si praticò qualche iniezione ipodermica di cloridrato di morfina, e si propinò, a sorsi, una soluzione di sei grammi di cloralio idrato, e cinque centigrammi di morfina *pro die*, pur seguitando alla mattina, mezzodì, e sera, le iniezioni di acido fenico.

Unica dieta, appena tollerata, latte e un po' di vino.

Sete sempre viva, sudori profusi, polso per lo più piccolo e frequente, temperatura variabile, ma non mai elevata.

Costante integrità intellettuale. Sebbene alla violenza del male, si opponesse una ferrea resistenza, tanto da permettere a quel misero di giungere al *ventesimo* giorno in condizioni che ispiravano la più profonda pietà, insieme ad un senso di vero orrore, pur tuttavia l'esito letale pareva imminente.

Per altri cinque giorni si seguitò l'uso del cloralio e della morfina, che l'infermo stesso, fra gli strazii inenarrabili, ansiosamente chiedeva.

Si cessò dalle iniezioni di acido fenico, per gli spasmi tremendi maggiormente eccitati dalle punture.

A tale periodo, l'egregio collega Dottor Vittorio Marchi, riuscì ad ottenere dal Prof. Tizzoni, il suo siero antitetanico, di cui gentilmente inviò, due bottigliette contenenti, ognuna, circa 25 grammi di antitossina.

Le due sudette dosi, furono subito nello stesso giorno, iniettate, in totalità, per la via ipodermica, a destra ed a sinistra del torace, con cinque ore d'intervallo l'una dall' altra, invece di effettuarne le iniezioni endovenose. come prescriveva il Tizzoni stesso, in causa delle condizioni, al tutto speciali, in cui versava il misero paziente.

Alla dimane, esso era alquanto calmo. Il sonno riparatore fino allora indarno invocato, e ribelle anche alle alte dosi di cloralio e di morfina, ogni giorno ripetute, era pur venuto a ristorare quel corpo affranto. Il trisma cominciava a cedere, come pure la rigidità generale, procedendo, in pochi giorni, dalla nuca, all' estremita inferiori; ed il *risus sardonicus* dava luogo alfine in quel volto rapidamente emaciato e contraffatto, ad un' espressione di calma e di riposo, come dopo un' atroce lotta strenuamente sostenuta.

La fame e la sete per tanti giorni insoddisfatte, fu possibile, alfine, di cominciare a saziarle, così

pure le funzioni dell' alvo, sospese tanto a lungo, poterono riattivarsi.

Di giorno in giorno si constatò un progressivo e stabile miglioramento, senz'altro presidio terapeutico, in guisa che dopo altre due settimane, ogni traccia del terribile malore era scomparsa.

Il Lombardi è ora perfettamente guarito!

Avere il tetano, e come quello di cui si è esposto il quadro, e non morire... ... è tal fatto che invita a chiedere, a quale virtù possa ascriversi cotanta eccezionale ventura?!

Senza disconoscere la parte che possa avere spiegata l' acido fenico, in dose così rilevante, e così a lungo ben tollerata: come pure l' azione potentemente sedativa dell'alte dosi di cloralio e di morfina, non si può tuttavia non rimanere altamente impressionati nello scorgere quell' infermo, già esaurito dai lunghi strazii di un *malore che non perdona*, riprender lena, poco appresso le iniezioni dell'antitossina Tizzoni: e quando appunto si sarebbe giurato perduto, vederlo riafferrarsi alla vita, e raccoglierne l'ultime risorse, fatte ora sufficienti per misurarsi col terribile nemico di poco prima, reso oggimai, quasi da arcana possa, soggiogato e spento!.....

TECNICA CHIRURGICA

UN NUOVO METODO DI NARCOSI

Gli odierni metodi di narcosi hanno lo svantaggio generalmente riconosciuto, che il dosamento del cloroformio, dell'etere ecc. offre grandi difficoltà. Per ciò fin da 15 anni addietro il Bert ha cercato di introdurre degli apparecchi per dosare la sostanza narcotica somministrata. Il Dreser ha continuato il lavoro del Bert, perfezionando il metodo. Nondimeno questi tentativi non hanno trovato ancora applicazione nella medicina pratica, a causa del principio da cui Bert e Dreser partirono. Essi ponevano in un gassometro un miscuglio di aria e vapori di cloroformio, mettevano il gassometro mediante un tubo, in comunicazione con una maschera, che veniva applicata sul volto, in modo che l' infermo non respirasse altro che l'aria racchiusa nel gassometro, la quale conteneva tanti vapori di cloroformio, quanti erano necessarî per la narcosi. La clinica non ha accettato questo apparecchio per due ragioni: in primo luogo si temeva che la respirazione non si facesse liberamente e d'altra parte il modo come doveva aver luogo il miscuglio continuo di aria e vapori di cloroformio nel gassometro era alquanto complicato e richiedeva sempre l'opera di un assistente.

Per consiglio del Binz, il Geppert (*Deutsche medicinische Wochenschr.* n. 27-29, 6-20 luglio 1899) cercò di costruire una nuova maschera da narcosi, ma non gli riuscì di ottenere qualche cosa di più esatto e di più pratico. Allora egli cercò di modificare il metodo Bert-Dreser, costruendo un apparecchio automatico, ma anche questo praticamente si dimostrò inservibile. Ma gli esperimenti con la sua maschera indicarono al Geppert un' altra via per dosare la sostanza narcotica senza diminuire la libertà della respirazione Egli partì dal seguente principio: l' aria che passa attraverso i punti di una maschera comune inumiditi dal cloroformio è carica di vapori della sostanza narcotica; quest'aria viene opportunamente diluita mescolandosi col resto dell' aria atmosferica. Perciò riuscendo ad introdurre nell' apparecchio respiratorio in quantità precisamente regolabile un'aria contenente una dose alta e determinata di cloroformio, il problema è risoluto. Il Geppert ha perciò disposto in questo modo il suo metodo di narcosi: un apparecchio automatico fornisce aria contenente una quantità elevata ed esattamente determinata di vapori di cloroformio, la quale mediante un tubo vien fatta arrivare alla maschera o direttamente alla bocca del paziente. Un rubinetto indica la quantità di aria che passa e quindi la quantità di cloroformio per minuto. La differenza tra questo processo e quello di Bert è evidente. In questo il miscuglio di aria e vapori di cloroformio è molto diluito, è indispensabile l'uso della maschera e si richiedono grandi quantità del miscuglio stesso. Il miscuglio adoperato del Geppert è così concentrato, che ne è indispensabile la diluizione mercé la libera respirazione, e se ne richiedono quantità relativamente piccole. L' apparecchio da lui usato consta essenzialmente di un gassometro costruito a mò di spirometro, il quale si riempie di aria ed in cui si fanno arrivare i vapori di cloroformio. Mediante parecchi tubi di deflusso è possibile eseguire parecchie cloroformizzazioni ad un tempo.

Il metodo è stato largamente sperimentato nella clinica chirurgica di Bonn (400 narcosi), adoperando un miscuglio di cloroformio e di etere. Come si disse, un rubinetto che sta fra il gassometro ed il tubo che va alla maschera segna quanti cmc. di etere e cloroformio arrivano ad ogni minuto nell'apparecchio respiratorio del paziente. Dosi inferiori ad 1, 2 non producono alcuna sensazione molesta; dosi di 1, 2 sono per lo più sgradevoli; dosi di 2, 2 al minuto sono insopportabili. Il senso sgradevole che si ha con le dosi elevate sparisce subito, impiegando dosi inferiori. Nella narcosi con questo metodo si consiglia di regolare il deflusso continuo del miscuglio gassoso, in modo che la narcosi si mantenga nel voluto grado, l'inalazione deve sospendersi solo quando il polso dà meno di 60 battiti al minuto ed è modificato nei suoi caratteri, o quando la respirazione si fa lenta e superficiale.

Si procede nel seguente modo:

Prima di applicare la maschera sulla faccia,

si scaccia l'aria atmosferica dal tubo: a tal uopo il rubinetto regolatore vien posto al segno 2, 2 e si aspetta che dalla maschera venga fuori un intenso odore di cloroformio (per lo più ciò succede tra 20 e 30 secondi). Poi si ripone il rubinetto a 0 e si applica la maschera al volto, invitando l'infermo a chiudere gli occhi e fare come volesse dormire. Allora si gira pian piano il rubinetto fino al segno 1, 2 e si lascia per 2 minuti, poi si avanza di un grado ad ogni 2 minuti. Ogni grado corrisponde ad 1/4 di cmc. di miscuglio. Quanto più si è vicini al segno 2, 2 tanto più lentamente si procede. Si può calcolare che nelle donne la narcosi già si manifesta al 2° o 3° segno dopo 1,2, negli uomini alquanto più tardi.

Quando la narcosi è completa, bisogna conservare per qualche minuto la stessa dose, per poi abbassarla.

Nelle donne molto nervose si fa bene a cloroformizzare senza maschera: si pone il tubo direttamente sotto il naso e si apre grado a grado il rubinetto. Si badi che il tubo stia sempre nella giusta posizione e che l'aria della stanza non sia troppo mossa. Se devesi eseguire la cloroformizzazione attraverso la cannula tracheale, si avvicini ad essa il tubo dell'apparecchio; si possono così ottenere narcosi tranquille, in cui sono perfettamente conservati i riflessi dell'albero respiratorio. Con questo metodo di narcosi il Geppert ha eseguite due estirpazioni parziali della laringe.

Passando in rassegna le principali osservazioni fatte da questo autore col suo metodo, egli ricorda come parecchi individui sono così suscettibili al cloroformio, che il loro polso scende subito a 52 con una dose normale; nondimeno anche in questi casi riesce mantenere per molto tempo la narcosi, senza alcun accidente. Le quantità di cloroformio e di etere che si impiegano in media con questo metodo sono 30-40 cmc. di cloroformio e la metà di etere nella 1ª ora, e nella 2ª ora 40-60 cmc. del primo e la metà del 2°. Nei bambini bisogna quasi sempre adoperare fin da principio dosi di 1,2 e più, per avere la narcosi, che del resto si ottiene più rapidamente che negli adulti.

Il Geppert ha sperimentato pure le narcosi miste, etere e cloroformio in proporzioni diverse. Ha osservato che nella proporzione di 3 di etere per 1 di cloroformio nell'uomo si ha cianosi, respiro stertoroso, mascelle serrate. Non c'è alcun risparmio di cloroformio con questo metodo. Anche adoperando etere e cloroformio 1:1, si hanno gli effetti sgradevoli dell'etere, che mancavano quando si usa la proporzione di 1: 2. Le narcosi con cloroformio puro vanno bene; pare però che l'aggiunta di etere renda più forte il polso.

Riguardo agli effetti spiacevoli della narcosi, il Geppert accenna a pochi casi in cui per un tempo più o meno breve si è avuta cessazione del polso e del respiro che si sono ripristinati con la respirazione artificiale. In 10 uomini su 107 si ebbe forte vomito e nausea, sintomi che durarono fino al giorno seguente. Nelle donne questi fenomeni si ebbero in 16 su 84. Nei bambini in 10 su 57.

Gli esperimenti fatti poi dal Geppert negli animali col suo metodo; richiamarono l'attenzione su di un punto specialmente, vale a dire appena si è raggiunta la dose massima, si ha come primo sintoma il rallentamento dell'attività cardiaca: si farà bene allora a diminuire la dose.

Del resto il modo di comportarsi della narcosi negli animali fu negli esperimenti del Geppert analogo a quello che nell'uomo.

NOTE DI TERAPIA

Paul Parisot. — Cura della eclampsia

La cura della eclampsia si deduce dalla patogenesi di questa affezione.

In generale è ammesso dai più che le convulsioni eclamptiche sono prodotte da tossine che agiscono sul sistema nervoso, quindi per quanto riguarda la cura, bisogna lottare contro la produzione delle tossine, favorendone l'eliminazione, e calmare l'ipereccitabilità del sistema nervoso.

A) *Cura preventiva.* — La tossiemia si manifesta negli ultimi tre mesi della gravidanza. Il latte è il miglior farmaco per lottare contro l'intossicazione, esso oltre che produce poche fermentazioni intestinali, è un'ottimo diuretico. Però non basta produrre, il meno che sia possibile di fermentazioni intestinali, bisogna lottare contro la loro formazione e ciò cogli antisettici.

Abbiamo fra questi farmaci, il salolo, il naftolo, il dermatolo, il benzonaftolo, etc. ma il Deschemaeker crede il migliore fra tutti sia la saccarina alla dose di 1-2 grammi al giorno. L'antisepsi intestinale inoltre dovrà essere completata colla somministrazione dei purganti i quali non solo agiscono evacuando l'intestino, ma ancora togliendo all'organismo intossicato del siero. Fra purganti è meglio ricorrere ai salini (solfato di magnesia o di soda). I diuretici e i sudoriferi (bagni a vapore) sono indicati poichè provocano l'eliminazione di parte delle tossine.

Se la tossiemia si accentua, l'albuminuria diventa più abbondante, si impone una medicazione più energica (drastici, lavaggi purgativi, sudoriferi, diuretici, sanguisugio, ventose scarificate, salasso ecc.). Contro gli accidenti nervosi; si prescrive il cloralio:

Idrato di cloralio.	gr.	2-4
Tuorlo d'ovo	n.	1
Latte..	gr.	100

Per un clistere.

Se i mezzi medici (comprese le iniezioni di siero

artificiale) falliscono bisogna interrompere la gravidanza.

B) *Cura dell'accesso eclampsico.* Si distingue una cura medica e una cura ostetrica.

Il trattamento medico avrà per scopo di favorire la eliminazione delle tossine, quindi si prescriverà latte, inalazioni di ossigeno; purganti drastici, e in particolare questo purgante consigliato da Tarnier: Una goccia di olio di croton in un cucchiaio di olio di ricino; infine larghi salassi (300 500 gr.), a cui si fanno seguire abbondanti iniezioni di siero artificiale in modo da realizzare una specie di lavaggio dell'organismo.

Il liquido da iniettare sarà così composto:

Cloruro di sodio	gr.	7
Acqua sterilizzata	»	1000

Esso avrà durante il tempo della iniezione, 37-38 gradi di temperatura. In quanto alla quantità di siero da iniettare si può arrivare sino ad un litro, avendo cura, durante il tempo della iniezione (25-30 minuti) di fare un po' di massaggio sul punto dove si va raccogliendo il liquido.

Dopo di aver combattuto l'intossicazione si calmi l' ipereccitabilità nervosa, e ciò col cloralio e col cloroformio.

Quest'ultimo si somministra all'inizio dell'accesso, il cloralio si dà per clistori a dosi che variano a secondo gli autori, da 4 a 24 grammi. Poi abbiamo la morfina e il *veratrum viride.*

Il *veratrum viride* si dà sotto forma di tintura alla dose di 10 goccie ogni ora, durante la durata degli accessi. La morfina usata specie dai tedeschi e dagli americani, si impiega a dosi forti di 6-10 centigrammi.

Nelle mani di Appleby il guajacolo diede risultati sorprendenti; 40-50 gocce versate sull' addome e fatte seguire da frizioni dolci, in pochi minuti fecero si che il polso ritornasse quasi al normale; si stabilì una forte diaforesi e le convulsioni scomparvero.

In quanto al trattamento ostetrico, bisogna provocare il travaglio del parto (non si ricorra mai al parto forzato), quando i mezzi medici hanno fallito.

Gli accidenti *post-partum*, saranno combattuti col trattamento medico abituale. La diagnosi precoce della eclampsia potrà farsi oltre che dallo esame dell'urina (albumina), dallo esame delle sensibilità etc. dalle manifestazieni psichiche e intellettuali della paziente, come le oppressioni non giustificate, i terrori vaghi e soprattutto la cefalalgia. (*Gazette hebdomadaire de mèdecine et de chirurgie*, n. 51, 25 giugno 1899)

M. Lauritzen. — Il latte di Williamson per i diabetici

Per preparare questo latte, secondo le indicazioni dell'autore, si aggiungono a mezzo litro di latte 3-4 cucchiaiate di panna fresca e si lascia il miscuglio in riposo per 12-24 ore, in modo che la maggior parte del grasso della panna si sia raccolto alla superficie. Questo strato di grasso vien tolto via mediante un cucchiaio. La massa di grasso vien poi versata in un bicchiere e le si aggiunge acqua ed albumina, agitando bene. Se ne aggiunge tanto di queste sostanze fino a che il liquido abbia acquistata la coesistenza ed il colorito del latte ordinario. Addizionandovi poi un poco di saccarina si ottiene una bibita molto gradita al palato, esente di zucchero, che ha lo stesso sapore del latte e contiene una grande quantità di grasso.

In questo processo di preparazione, lavando la panna con abbondante quantità di acqua, lo strato di grasso che si raccoglie alla superfie lasciando il miscuglio in riposo, viene completamente privato dello zucchero. Williamson nella sua pubblicazione non dice nulla dei risultati ottenuti nell'uso di questo latte nei diabetici, nè altra comunicazione è stata fatta finora in proposito. L'analisi chimica del latte fatta da V. Henriquez ha dato il seguente risultato. Di zucchero di latte il preparato di Williamson ne contiene appena una traccia; di albumina il 0,5 0[0. In quanto al grasso, quando il miscuglio di latte e panna è rimasto in riposo 12 ore, si ottiene la cifra del 4,67-5,34 0[0, quando il detto miscuglio è stato a depositare per 24 ore, la quantità di grasso del preparato è maggiore 6,47-7,17 0[0. È appunto questo abbondante contenuto di grasso che costituisce il pregio del latte di Williamson, essendo trascurabili le minime quantità di zucchero e di albumina che esso contiene. Esso può essere somministrato ai diabetici anche nel periodo di dieta rigorosa, ed è sopratutto indicato nei casi gravi e di media gravezza, in cui il medico ha il compito di somministrare un'abbondante quantità di grasso con piccola quantità di albumina. Lauritzen ha somministrato il latte di Williamson a 5 diabetici gravi e 3 di media gravezza per la durata di parecchi mesi. La bibita riuscì sempre gradita e non produsse mai alcun disordine della digestione. La quantità per lo più somministrata era di $^2/_4$-$^6/_4$ di litro o in un solo caso ne furono dati 2 litri. Inoltre il preparato di Williamson è stato da Lauritzen prescritto in due casi di incipiente coma diabetico tipico, insieme agli alcalini ed alcool, ed entrambi gli infermi hanno superato lo stato grave. Lauritzen finisce raccomandando ai medici l'uso di questo latte nei casi di diabete (*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*, Bd. III, H. 3, 1899).

Th. Escherich. — I batuffoli di acido borico nella cura del mughetto.

In questo metodo di cura l' autore vede un ottimo mezzo che impedisce la formazione del mu-

ghetto e fa sparire i depositi già formati, senza agire per via meccanica. Consiste nell'uso di batuffoli di ovatta sterilizzata più o meno grossi secondo l'età ed il gusto del bambino, sui quali sta deposto acido borico finamente polverato insieme ad un po' di saccarina come correttivo, in modo che ogni batuffolo porti con sè circa 0,20 gr. di polvere. Il batuffolo viene ricoperto poi di seta o di fina battista sterilizzata e dato al bambino. Per lo più esso vien preso, anche quando non c'è ancora l'abitudine, e vien tenuto volentieri in bocca dal bambino tra i pasti ed il sonno, ed anche non di rado durante il medesimo. Il bambino esegue continui movimenti di suzione e di masticazione per cui il batuffolo si appiattisce e la saliva va sciogliendo la polvere. Dopo 24 ore, talvolta anche prima, si dà al bambino un nuovo batuffolo. L'effetto che si ottiene da questa pratica nei bambini sani che poppano bene, è sorprendente.

Se esiste un'affezione incipiente e non molto progredita, i depositi dopo 24 ore sono ridotti a piccoli residui che anch'essi scompariscono il giorno appresso, senza che si noti alcun effetto nocivo dell'acido borico, nè irritazione della mucosa boccale, nè disordini dell'appetito e della digestione, nè diminuzione del peso del corpo. Nei casi in cui i depositi di mughetto sono molto estesi ed aderenti, si può cominciare la cura con gli ordinari mezzi, distacco meccanico e pennellazioni e poi ricorrere ai batuffoli di acido borico. Anche con questa cura combinata si ottengono buoni risultati, eccetto nei casi in cui si tratta di bambini in fin di vita.

L'acido borico non solo uccide il fungo del mughetto, ma ne impedisce lo sviluppo.

Anche quando visibilmente sono scomparsi i depositi dalla mucosa, con le culture possiamo convincerci che esistono ancora i parassiti. Quindi la cura deve essere continuata per alcuni giorni dopo l'apparente guarigione. Questo metodo di cura può naturalmente essere impiegato anche a scopo profilattico, nondimeno ciò non è necessario, essendo esso di azione così sicura e rapida, che basta impiegarlo al primo comparire della malattia (*Die Therapie der Gegenwart*, luglio 1899).

QUISTIONARIO

Avevamo aperto questa rubrica per aiutare con qualche consiglio i medici di provincia nelle più difficili contingenze dall'esercizio professionale. Intendevamo quindi, ed intendiamo tuttora, di dare alla rubrica un carattere essenzialmente scientifico, riservarla cioè ai soli quesiti di indole prettamente scientifica, senza neppur lontanamente immischiarci in affari commerciali, quale le indicazioni di specialità farmaceutiche, libri, case librarie.

A domande di questo genere quindi non intendiamo rispondere.

Di specialità di farmacia non ci occuperemo mai in nessun modo perchè non è abitudine nostra; quanto a libri, chi desidera consigli ci scriva con risposta pagata e noi gli risponderemo privatamente, evitando così che il giornale possa essere sospettato di favori che nessuno può sognarsi di ottenere da noi.

A tutti poi sia detto che delle lettere non firmate non teniamo alcun conto. Le nostre azioni si compiono tutte e sempre a luce meridiana e noi siamo i nemici dichiarati dell'equivoco.

La Redazione

FORMULARIO

Contro l'epilessia

Brometilformina . . . . gr. 10

Da dividersi in 5 cartine. Da prendersi da 1 a 5 cartine al giorno.

Nei bambini:

Brometilformina, Acqua distillata . . . . . ana gr. 10
Sciroppo di scorza d'arancio . . » 90

Da prendersi 1 o 2 cucchiaini da caffè al giorno.

Phillips. Contro la nevrite gottosa

Colchicina . . . . gr. 0,001
Solfato di chinino, Estratto di colaquintide . . ana » 0,06

per 1 pillola. 3 al giorno.

Capitan. Pomata contro i dolori dei tubercolosi

Vaselina, Lanolina . . . . . . ana gr. 15
Salicilato di metile, Guaiacolo cristallizzato . ana » 4
Mentolo . . . . » 1
Bromuro di potassio . . . . . » 5
Antipirina . . . . » 3
Essenza di trementina. . . . . » 6
Estratto di belladonna. . . . . » 0,20

Per uso esterno.

NOTIZIE E VARIETÀ

Congresso internazionale di medicina professionale e di deontologia medica.

Un congresso internazionale di medicina professionale e di deontologia medica si terrà a Parigi durante l'esposizione universale del 1900 dal 23 al 28 luglio. Oltre alle comunicazioni fatte in sedute di sezione, i membri del Congresso dovranno discutere sei temi, che stampati e distribuiti prima ai congressisti, saranno letti in sedute generali. Questi temi si riferiscono alle quistioni seguenti: principii fondamentali della deontologia medica; 2° opere d'assistenza medica; 3° opere di difesa professionale; 4° rapporti dei medici con le mutualità

5° organizzazioni di camere mediche e loro risultati nei paesi in cui esse funzionano. 6° organizzazione della lega dei medici di Ungheria. Per tutti gli schiarimenti intorno a quel che concerne il Congresso rivolgersi al segretario generale Jules Glover, rue Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Per le acque potabili

In seguito ai voti espressi dal Consiglio superiore di sanità ed in seguito alle relazioni pervenute al Ministero dell'Interno sul servizio delle acque potabili nei rapporti coll'igiene, il Ministero stesso, mentre ha fatto già pratiche presso la Cassa depositi e prestiti perchè i prestiti ai Comuni per i lavori delle acque potabili siano eseguiti sollecitamente, ha provveduto perchè i prefetti s'interessino delle condizioni dei Comuni rispettivi riguardo alle acque; e perchè sollecitino quelle amministrazioni a dar corso ai lavori stabiliti a ciò.

Un siero contro la malaria?

La *Post* di Berlino riceve da Londra che in quel Ministero della guerra è tanta la fiducia sull' efficacia del nuovo siero contro la malaria, specialmente dopo i rapporti dell'apposita Commissione, che due terzi delle truppe d' artiglieria, che partirono il 15 agosto per le colonie, furono vaccinati. Da quei rapporti risulta che dopo 36 ore di malattia presentati con leggieri sintomi di malaria (dolori in tutto il corpo e cefalea) la guarigione era completa. Il Ministero della guerra d'Inghilterra spera ed ha ferma fiducia che si sia finalmente trovato un efficace rimedio contro la malaria.

Un altro nuovo siero

A Landesberg in Prussia si annunzia che il direttore dell' istituto batteriologico della Società Rotlaufserum è riuscito a preparare un siero contro la peste e le malattie contagiose dei maiali. Il siero avrebbe la proprietà di prevenire e guarire completamente gli animali affetti dalle malattie suddette. L' inventore, secondo quanto annunciano i giornali farà tra breve tempo conoscere al pubblico il suo ritrovato e lo fabbricherà su larga scala.

GAZZETTINO

ROMA. *Nuovi laureati in medicina e chirurgia.*— Petrucci Domenico, Sanguettola Giovanni, De Carli Deodato, Bruchi Jader (a pieni voti legali), Consorti Domenico (a pieni voti legali), Giraldini Alessandro (a pieni voti legali), Di Porto Pellegrino, Garroni Augusto, Lorenzini Riccardo (a pieni voti legali, ammesso al premio Girolami), Guidi Enrico (a pieni voti legali), De Fabi-Pezzani (a pieni voti assoluti con lode, ammesso al premio Girolami), D'Alessandria Pietro, Giansanti Carlo, Longarini Pompeo, Giraldini Giuseppe (a pieni voti legali), Galimberti Adolfo, Biraghi Umberto (a pieni voti legali), Teseidi Emidio, Fusco Pasquale, Cenci Francesco, Cingolani Masaniello (a pieni voti legali) e Leo Grillo (a pieni voti assoluti con lode, ammesso al premio Girolami), Polacco, Marcotulli, Fischetti, Gentile, Consiglio, Della Nave, Venanzi, Salvatore, Zilloli, Cattarozzi, Trocello, Ugolini, Gentile, Guanginolo, Bocci, Scaramucci, Bernabei, Brisinda, Rossi, Cerafogli, Maurizi, Grenga, Martoglio, Polzoni, Pirocchi, Chiroli, Mariani, Micheli, Martelli, Corsieri, Ferretti, Felli, Valenti, Cantagalli, Sancio, Petrilli, Salvini, Tani, Andò, De Biasi, Longhi, Fabi, Teggia, Lodi.

LONDRA. *Organizzazione professionale.*—Thomas Bryant indirizza all' Associazione medica britannica delle savie considerazioni sull'azione morale che il ceto medico esercita sul pubblico con la nobiltà della professione e lo spirito caritatevole col quale la si esercita. Rileva l' alta importanza delle associazioni mediche, cui spetta il gran compito di regolare i dritti ed i doveri dei singoli associati e l'azione tanto svariatamente benefica che essi come individui e come corpo costituito possono esercitare nella società.

LONDRA. *Il dovere dei medici rispetto all'alcool.* — Charles Macfie fa rilevare tutto quanto può fare il medico per combattere l'alcoolismo, che seriamente minaccia il benessere delle popolazioni nordiche. Incita i colleghi ad instillare nell' animo del pubblico l'aborrimento per questo terribile veleno facendone rilevare tutti i malefici effetti.

CONCORSI E CONDOTTE

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 55 — Immacolatella — 11-13-11

SOMMARIO

LA LIBERA DOCENZA IN ITALIA

Al 30 giugno ultimo avevamo in Italia per 6374 studenti di medicina, 605 professori abilitati alla libera docenza in 654 materie, giacchè parecchi di essi, veri Briareo dalle cento braccia, sono pareggiati in due e fin'anco in tre discipline. Possiamo quindi calcolare 654 liberi docenti di scienze mediche al di fuori di un altro mezzo centinaio di pareggiati nelle scienze naturali, che formano materie di studio per il primo biennio di medicina, e quando ci sono già un duecento, a dir poco, insegnanti ufficiali di medicina. Un professore pareggiato dunque per meno di ogni 10 studenti (1: 9,7).

Siamo ridotti alle condizioni di quel tale esercito spagnuolo che contava un ufficiale per ogni 4 soldati!

È oramai un andazzo generalizzato. Ogni medico, un paio d'anni dopo la laurea, colpisce il momento opportuno, e chiede il suo bravo pareggiamento che le Università non si peritano mai di rifiutare, e che il ministro, solo custode ed interprete della legge, non può che approvare.

E quotidianamente nuovi manipoli vengono ad allungare la già troppo lunga schiera, che minaccia tra non molto di raggiungere, se non sorpassare il numero degli studenti. E non è a dire più che il pareggiamento in massa è la caratteristica di Napoli. All'Università di Napoli oramai sono degne compagne anche altre che si atteggiavano a serietà e puritanismo, e, mentre Napoli nella nota figura con una proporzione di 1 : 8,7 (217 pareggiati su 1893 studenti), v'è Modena con 1 : 5,4 (29 su 158), Sassari con 1 : 5,9 (8 su 47), Siena con 1: 6,6 (14 su 93), Perugia con 1 : 6,8 (6 su 40), Palermo con 1: 8,1 (32 su 261), la stessa Roma pure con 1: 8,1 (62 su 503), Firenze con 1: 8,7 (33 su 290). E vengon subito dopo Torino con 1 : 9,2 (87 su 809), Genova con 1 : 9,9 (38 su 360); Cagliari con 1: 10 (8 su 81); e poi Padova, Messina; Ferrara, Catania, Parma, Bologna, Pisa, Pavia, Camerino.

Il compianto Tommasi diceva: Volete uccidere la libera docenza? Concedetela a tutti quelli che la chiedono. Ma qui ora ne va di mezzo il buon nome e la serietà della scienza e dello insegnamento. Questo sciame d'insegnanti a spasso, su cui poi severa cade la falce della commissione quando si affacciano ad un concorso, fanno venir meno il rispetto che si dovrebbe sentire per chi è deputato al supremo onore di impartire l'insegnamento nel più alto istituto d'istruzione. Essi non possono in alcun modo tenere alto il prestigio di cui dev'essere sempre circondato un professore universitario.

Nominati senza alcuna scelta, e spesso nominati sol perchè l'hanno chiesto, senza garenzia di speciali attitudini o di sufficiente capacità, premurosi di fregiarsi del titolo di professore universitario, lanciati in un mondo che si può dire non è il loro, vi esercitano un'attività che non ridonda troppo spesso a gloria dell'insegnamento e che non di rado si potrebbe riassumere nella volgare epitome: la caccia alla firma. Magniloquenti cartelli alle porte dell'Ateneo e seducenti inserzioni nelle cronache dei giornali promettono ampio e completo svolgimento di nuovi capitoli e di peregrine idee mai esposte, accompagnate da esercitazioni pratiche con apparecchi che essi non hanno mai conosciuti, e da dimostrazioni cliniche sugli ammalati che non vengono mai. Pomposi programmi, altisonanti prolusioni, troppo interessate carezze, cui poi tien dietro, ad anno appena cominciato, la chiusura della scuola per assoluto difetto di uditorio.

I pochi buoni, perchè non mancano e sono lustro e decoro della scuola italiana, restano a pensare se non sia per loro più decoroso rinunziare ad un titolo ed una prerogativa che li accomuna con tanti guastamestieri, ed il pubblico scandalizzato, è la vera parola, scetticamente considera se la distinzione non sia piuttosto nel non essere che nell'essere pareggiati.

È savio credere che un paese come l'Italia con una trentina di milioni di abitanti, avendo già un duecento professori ufficiali di medicina legittimamente nominati per concorso, possa avere altri 654 medici degni di insegnare da una cattedra universitaria? O non è piuttosto questa addirittura una invasione di cavallette?

Non avrebbe potuto fare maggior male Bonghi con la sua legge sulla libera docenza!

Certamente l'inconveniente finirà con le nuove disposizioni del progetto Baccelli; ma ora urge provvedere, non è lecito attendere ancora dippiù: *periculum est in mora.*

Tanto più che tra gli altri guai che ci ha procurato l'ostruzionismo, il maggiore forse è

stato quello di aver procrastinata la discussione e l'applicazione di una legge da tutti reclamata e da tutti riconosciuta come l'unica che possa trarci dal *pelago alla riva*.

Adesso tutto è in balìa delle Facoltà, le quali dovrebbero, è vero, provvedere al loro decoro; ma spesso non ne hanno la forza o la volontà, e senza scrupoli concedono l' abilitazione a chiunque la chieda. Al ministro non resta che l'approvazione puramente formale perchè se si mettesse contro la Facoltà si metterebbe contro la legge.

Bisogna quindi cambiare sistema. E la via è facile.

Il concetto del professore pareggiato è quello di un insegnante giudicato capace di impartire un insegnamento ufficiale, ma di cui non può occupare la cattedra perchè tenuta da altri più anziano o più meritevole di lui. Da questo concetto chiaro emerge il rimedio per il male che lamentiamo. Basterebbe stabilire che sono pareggiati soli e tutti quelli che sono dichiarati eleggibili in un regolare concorso per una cattedra ufficiale.

E la gazzarra finirebbe. A questi concorsi, lo vediamo tutti i giorni, si presentano solo individui corredati di buoni titoli, che sono poi giudicati da commissari appartenenti a diverse Università, e che lasciano quindi presumere una maggiore indipendenza di giudizio, illuminato poi dal confronto dei meriti tra i varii candidati, che manca nel sistema attuale.

Finirebbero così anche i pareggiamenti multipli, in quanto che di Giani bifronti che si presentano al concorso per due materie differenti, si può dire quasi che non se ne vedono.

Resterebbe dopo ciò un ultimo compito allo Stato o a chi per esso: sorvegliare a che l'insegnamento fosse impartito con tutti i mezzi che la scienza richiede, pena la revoca del dritto di insegnare. Ma già affidano il piccolo numero degli eletti e la giustizia che ne soglion fare i giovani.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civile di Verona. Riparto chirurgico femminile

CISTI OVARICA SUPPURATA

D.r Guido Turazza, Chirurgo primario

La rarità della suppurazione nelle cisti ovariche (1) e le particolarità d'andamento del caso presente, mi spingono a pubblicare questa mia povera nota, certo di portare un contributo alla storia di simili affezioni.

Granelli Maria, d'anni 30, di Verona, famigliare, è donna di sana e robusta costituzione fisica. Mestruata a 14 anni, la mestruazione fu sempre regolare senza particolari disturbi. Andò a marito a 22 anni ed ebbe due figli a termine con parto e puerperio normali. Mai lagnandosi di sofferenze al ventre, con gravidanza regolare datante dal luglio 1897 entrò la mattina del 2 marzo 1898 nel riparto ostetrico (tenuto pure da me) per grave distocia. Il sacco si era rotto parecchie ore prima, e, ad onta di forti doglie non si aveva alcun progresso nel travaglio. Con l'esplorazione si riscontrava un tumore, che occupava tutto lo spazio del Douglas, della grandezza di una testa di bambino di pochi anni. L'orificio uterino era aperto e si toccava la testa del feto; lo spazio fra la parete vaginale sollevata dal tumore e la sinfisi del pube era di 3 cm. circa. Il tumore occupava tutta la pelvi, era di forma rotondeggiante, fisso, per cui non si poteva spingere in alto ed aveva la consistenza di un fibroma, vi si notava solo un senso indistinto di elasticità. La donna era apiretica. Si pensò ad un fibroma del legamento largo: avvalendomi però del vago senso di elasticità e sapendo come raccolte saccate molto tese possono simulare un tumore solido, feci una puntura attraverso il fornice con un trequarti dell'apparecchio aspiratore di Potain ed aspirai liquido purulento: uscirono circa due litri di pus, il tumore si afflosciò, estratta la cannula usciva ancora dal forellino del pus, posi un po' di garza jodoformica in vagina, dopo lavacro con soluzione di sublimato al $^1/_2$ 0|00. Le doglie si fecero più intense, la testa in O. I. S. A. fece rapidamente il moto di flessione e discese nello scavo: dopo un'ora e mezza si ebbe parto e secondamento normale. Puerperio regolare; per un giorno ancora si ebbe gemizio di pus per la puntura, poi cessò. In 15ª giornata la donna uscì dal riparto, in perfetta salute, allattando il proprio bambino. Esaminata non si riscontrò traccia di tumefazione al fornice. Quantunque invitata di venir a farsi vedere, non venne mai.

Solo dopo 14 mesi il 31 maggio 1899 si fece vedere in ambulatorio, accusando la presenza di un corpo mobile nell' addome, che non le recava alcun dolore, solo difficoltà e peso nei movimenti ed adagiandosi sui lati. All' infuori di questi disturbi meccanici disse di aver goduto sempre ottima salute da quando uscì nel marzo 98 dallo spedale (2). Il ventre è un po' gonfio, con intestini distesi da gaz e traccie di poca raccolta libera nel peritoneo.

Si percepisce un corpo mobile, della grandezza di una testa di bambino, che si lascia liberamente spostare nella metà inferiore del ventre, indolente, elastico, rotondo e liscio. All'esame vaginale, fornici liberi, utero normale, mobile, spingendo il dito alto nel fornice an-

(1) Un altro caso di cisti ovarica con contenuto purulento venne felicemente operato da me il 5 ottobre 1895 e si trova descritto nella *Rivista veneta di scienze mediche* 1895, tomo XXIII, pag. 430.

(2) Ci riferì poi di non aver più avuto da allora le ricorrenze mestruali.

teriore si sente il corpo mobile, spostabile, che si percepisce meglio spingendolo in basso con una pressione sul ventre.

La consigliai ad entrar nell'Ospedale e venne il 5 giugno 1899.

Mentre si facevano i necessari preparativi di alcuni giorni per la laparotomia, bagni, purganti, somministrazione di decotti di china con stricnina. (1) studiai il caso per venire ad una diagnosi certa.

Prendendo le mosse dal fatto avvenuto durante il parto, in allora si restava incerti sulla natura della raccolta purulenta: si sarebbe stati più propensi ad una pio-salpingite od a un cistoma ovarico; per la prima mancavano molti segni, come i dati anamnestici che potessero farla sospettare (endometrite, blenorragia, pregresse infezioni in puerperio), nessun disturbo precedentemente avvertito dalla donna, solo si poteva sospettare per essere il tumore fisso e non spostabile. Per la cisti ovarica stava il fatto che spesso, come i miomi sottoperitoneali furono osservate cisti ovariche come causa ostacolante il parto. La sua fissità allo spazio del Douglas non stava contro all' idea di una cisti ovarica, sapendosi come tali aderenze possono esistere. Schroeder operò al quarto mese di gravidanza un tumore, il quale era così aderente allo spazio del Douglas da necessitare la legatura. Il Lahs praticò il taglio cesareo per grosso cisto-sarcoma aderente allo scavo.

Casi di tumori ovarici complicanti il parto furono descritti da Berry, Luschka, Härling ed altri. Interessanti per noi sono i due casi seguenti. Il Lovati racconta di aver assistita una donna nella clinica di Pavia, cui la gonfia ovaia destra tra il retto e la vagina spingeva in avanti la bocca della matrice e la testa del feto poggiava sulle ossa del pube: venne assistita come se si fosse trattato di obliquità posteriore dell'utero, cioè tenendola in piedi nell'atto di partorire e facendola piegare in avanti al sopragiungere del dolore : ma il bambino era espulso morto e, dopo due settimane moriva altresì la madre di metro-peritonite.

(1) Ad ovviare ai pericoli di eventuali gastro-enteroplegie post-operatorie, io uso sempre di far prendere alle operande alcuni giorni prima il decotto di china con nitrato di stricnina accresciuto progressivamente da 2 a 7 millig. al dì, ed ebbi a lodarmene. Vedi in proposito il mio lavoro pubblicato nel fascicolo VII°, anno XV, 15 aprile 1898 della *Rivista veneta di scienze mediche.*

Pastorella fu costretto ad aprire il ventre e l'utero, il tumore pure dell'ovaia destra occupando i due terzi posteriori del bacino; ne estrasse vivente una robusta bambina, ma l'ammalata dopo 5 giorni soccombeva alla peritonite. *In ambedue i casi il tumore conteneva certa quantità di materia sebacea con lunghi e sottilissimi capelli.* Interessantissimo, ma non analogo al nostro, è il caso di Mangiagalli che punse e ridusse un rene ectopico trasformato in una cavità marciosa, che ostacolava il parto.

La statistica di Litzmann, con 24 madri morte e 7 bambini solo vivi, invero scoraggiante, ha un controbilancio favorevole in quella di Playfair che dice che, in 5 casi in cui si potè ricacciare indietro i tumori, ed in 9 casi nei quali si ebbero 9 feti vivi. Schroeder (l. c.) riferendosi alla circostanza, che di 13 donne, nelle quali il parto fu abbandonato alla natura, 6 morirono, mostra che è da rigettarsi la cura aspettativa.

Rimaneva però un dubbio circa la ciste ovarica per la fissità appunto e per il contenuto purulento, così raro ad osservarsi nelle cisti ovariche, e più raro ad osservarsi nei casi in cui non vi fu alcun sintoma o causa etiologica riscontrabile, come torsione del peduncolo, adesioni intestinali, punture fatte con poche regole antisettiche ecc.

Al momento si fece diagnosi di probabilità, riservandosi ad una esatta diagnosi ad esàmi successivi della donna.

(*Continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

II. CLINICA MEDICA DI VIENNA
Prof. Neusser

Un caso di morbo di Addison consecutivo a porpora emorragica F. Vollbracht. — Una ragazza di 15 anni da tre settimane soffriva di dolori accessionali al ventre, a sinistra più forti che a destra; inoltre cefalea, nausea, stanchezza e poi vertigine e sussurro alle orecchie. Da una settimana erano comparse alla faccia interna delle gambe delle macchie rosse ai margini, pallide nel mezzo, grandi quanto una lente, spesso confluenti. L'eruzione aumentò fino al 10 giorno poi cominciò ad impallidire per ricomparire. Negli ultimi giorni erano cessati i dolori addominali, persisteva la cefalea, la disappetenza; c'era stitichezza; all'esame obiettivo si notò nella bocca un orlo sottile rosso pallido al margine delle gengive che però erano

pallide e non sanguinanti. Tonsille arrossite e la destra ipertrofica. Rumore di trottola al collo. Rumore anemico a primo tempo alla punta. Dolorabilità nella regione renale destra. Nella superficie interna della gamba sinistra si vedeva una larga chiazza di colorito rosso alquanto bluastro, più intenso ai margini, che non spariva alla pressione. Altre piccole macchie analoghe si vedevano nelle vicinanze, nella superficie esterna e posteriore della coscia sinistra, nella superficie flessoria dell'avambraccio. L'urina conteneva l'11 $^o/_{oo}$ di albumina e nel sedimento si trovarono cilindri granulosi, epiteli renali e della pelvi e cristalli di acido urico.

Nel corso ulteriore della malattia, le chiazze emorragiche della pelle andarono man mano scomparendo e l'albumina si ridusse al $^1/_4$ $^o/_{oo}$, senza cilindri nè elementi renali nel sedimento. L'esame del sangue fece rilevare che il numero dei corpuscoli rossi era normale e quello dei leucociti era di 11600. Fu fatta diagnosi di porpora emorragica con glomerulo-nefrite acuta emorragica e lieve ipertrofia del cuore sinistro.

L'inferma migliorata lasciò la clinica e poi si riebbe quasi completamente se si eccettua che aveva di tanto in tanto tosse che d'inverno peggiorava, e sudori notturni. Circa 10 mesi dopo, senza causa nota, ebbe vomito di masse verdastre e deliquio che durò $^1/_4$ d'ora. Ritornata in se l'inferma si accorse che la pelle e la mucosa della bocca si erano fatte scure ed anche i capelli erano divenuti più scuri. Secondo le notizie date dalla madre, antecedentemente esisteva già da qualche tempo una tinta giallastra della cute. Da quel tempo in poi malessere e vomito di masse verdi, cefalea, notevole dimagramento.

All'esame obiettivo si notò la tinta bruna della pelle specialmente spiccata nel dorso delle mani e nei gomiti e sul dorso dei piedi, sul volto esistevano alcune chiazze. Anche il collo era fortemente pigmentato e le areole delle mammelle; nell'addome si vedevano alcune strie brune. Sulla mucosa delle labbra e della bocca parecchie chiazze scure; così pure sulla lingua. Al collo la tiroide era alquanto ingrossata. Nell'urina tracce di albumina, nient'altro di notevole. L'esame del sangue diede: eritrociti 5,200,000, leucociti 6000, emoglobina 70 $^o/_o$. Fu fatta diagnosi di morbo di A d d i s s o n acuto, probabilmente da ematoma delle capsule surrenali.

L'esame del ricambio materiale dimostrò ritenzione di azoto ad aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico e dei fosfati alcalini.

Furono somministrate le tavolette di capsule surrenali, e l'inferma lasciò la clinica con un lieve miglioramento.

Circa 4 mesi dopo si manifestò forte vomito, grande debolezza, sonnolenza e dopo pochi giorni perdita della coscienza con deliri. All'esame obbiettivo si nota che l'inferma è in coma completo; essa giace ora sul fianco destro, ora sul sinistro c'è rigidità della nuca e della colonna vertebrale e queste parti sono dolenti alla pressione; pupille di media ampiezza, eguali, reagiscono bene; c'è trisma. Cuore e polmoni normali. Temperatura 38,8°.

Fu fatta la puntura lombare, e le culture del liquido estratto rimasero sterili. Nell'urina abbondante albumina con cilindri jalini, epiteliali e granulosi. In seguito la respirazione si fece molto frequente, e così pure il polso (144 al minuto); la temperatura salì a 39°; cianosi delle mucose. Con questi sintomi dopo pochi giorni si ebbe la morte. Fu fatta diagnosi di morbo di A d d i s s o n, probabilmente da tubercolosi delle ghiandole surrenali; meningite tubercolare, tubercolosi miliare dei polmoni. All'autopsia si trovò tubercolosi delle ghiandole soprarenali, specie della destra.

La porpora in questo caso non deve riguardarsi come malattia intercorrente, ma come espressione di una diatesi emorragica sviluppatasi in un organismo già leso da un'incipiente tubercolosi delle ghiandole surrenali. L'ultimo episodio della malattia poi, la rigidità della nuca, la depressione, la cefalea, il polso ed il respiro così frequente ecc. guidavano alla diagnosi di tubercolosi miliare e meningite tubercolare; all'autopsia intanto non si trovò nè l'una nè l'altra. I fenomeni presentati dall'inferma erano perciò a quanto pare, dovuti a stimolazione del cervello per iperemia o consecutivo edema

OSPEDALE DI WILNA

Se il cuore prenda parte alla pseudo-ipertrofia muscolare. L. S t e m b o. — In parecchi casi di questa malattia il cuore è stato trovato ipertrofico (C o s t e, G i o i a, R e i n e c k e r); in altri casi invece no. Poichè spesso non è facile determinare esattamente l'aia completa del cuore, la radioscopia ci è di grande aiuto. In un ragazzo di 8 anni che presentava i segni della paralisi pseudo-ipertrofica, S t e m b o trovò all'esame fisico che la regione del cuore veniva sollevata durante la sistole. Alla percussione il cuore si mostrò ingrandito, specie verso sinistra, dove la punta superava la mammilare. La radiografia dimostrò che il cuore era realmente ingrandito. Nella porzione lombare della colonna vertebrale esisteva una lieve lordosi. I muscoli del cinto scapolare erano atrofici, quelli del cinto pelvico e dei polpacci invece molto sviluppati. La sensibilità cutanea normale. I riflessi cutanei indeboliti. Il riflesso patellare assente a destra, notevolmente indebolito a sinistra. L'esame elettrico dimostrò diminuzione dell'eccitabilità per le due specie di corrente ed anche per la scintilla nei muscoli degli arti inferiori. Quasi nessuna modificazione qualitativa. Appena evidente la reazione lacunare del B e n e d i k t.

Il camminare dell'infermo era quello stesso che suole osservarsi in questa malattia. E' dunque interessante il caso, perchè anche il cuore era colpito dalla pseudo-ipertrofia, giacchè in questo ragazzo, malgrado l'aumento di volume del cuore, il polso era piccolo e molle.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE INGLESI

OSPEDALE PRINCE ALFRED DI SYDNEY

S. Skirwing

Un caso di atassia ereditaria di Friedreich con autopsia. G. E. Rennie.—Il numero dei casi di atassia ereditaria di Friedreich con necroscopia è limitato finora. Questo caso è interessante, perchè la durata della malattia fu di 15 mesi. Trattasi di un ragazzo dodicenne che venne ammesso all'ospedale per impossibilità a camminare e per tendenza a cadere quando chiudeva gli occhi. Il ragazzo aveva cominciato ad avvertire questi sintomi 12 mesi prima dell'ingresso all'ospedale, dalla qual epoca erano andati man mano aumentando d'intensità. D'importante nella storia di famiglia è a rilevare l'alcoolismo nel padre e la stessa malattia in un fratellino a 10 anni. Nell'infanzia aveva sofferto il morbillo e la pertosse, 18 mesi prima la scarlattina. Presentava nutrizione buona, intelligenza svegliata. Nel riposo si osservavano movimenti a scosse del capo, come pure contrazioni alternate irregolari dei muscoli corrugatori delle sopracciglia, e di quando in quando lievi stiramenti delle labbra e movimenti di stringersi delle spalle. Non si lagnava di dolori di capo o in altre regioni, vi era tendenza a chinarsi nel cammino. La parola era lenta. I sensi specifici erano tutti intatti, le pupille uguali reagivano alla luce ed alla convergenza; vi era lieve nistagmo in senso laterale. I movimenti erano perfetti in tutte le articolazioni di tutti gli arti; il ragazzo non poteva coordinare i movimenti più delicati delle dita, per esempio quello di abbottonarsi il vestito. Manteneva con una certa difficoltà la posizione eretta ad occhi aperti, cadeva ad occhi chiusi. L'incesso era barcollante, spingeva infuori le gambe, portava i piedi in alto ed appoggiava sui calcagni. Durante il cammino, la falange del dito grosso era iperestesa ed i tendini tremuli. Non vi era perdita della sensibilità in alcun luogo. Gli stimoli tattili, dolorifici e termici erano ben definiti e localizzati e non vi era ritardo nelle risposte. Eravi un certo grado d'iperestesia al terzo inferiore di entrambe le cosce ed anche al tronco. Il senso muscolare era in qualche modo diminuito. Non vi era atrofia muscolare, nè disturbo degli sfinteri. I riflessi addominale ed epigastrico erano assenti, presenti i cremasterici diminuiti i plantari. Assente il fenomeno del ginocchio ed il clono del piede. Tutti gli altri apparecchi erano sani, fino ad alcuni giorni prima della morte, quando apparvero i segni di bronco-pneumonite che condussero all'esito letale. All'esame microscopico del midollo si trovò degenerazione spiccata dei cordoni posteriori in tutta la loro estensione, di grado minore nei cordoni laterali nella regione del tratto piramidale incrociato, un po' di degenerazione marginale sparsa a differenti altezze, degenerazione distinta del tratto cerebellare diretto con atrofia delle colonne di Clarke. Questo reperto corrisponde perfettamente con quello altre volte registrato e riconosciuto come tipico dell'atassia di Friedreich.

È interessante a notare come ben determinate erano le lesioni, malgrado che la durata della malattia fosse stata di soli 18 mesi, stando almeno a quanto veniva riferito; mentre in tutte le altre necroscopie riferite la malattia era durata parecchi anni. La malattia è evidentemente una degenerazione nervosa primaria che si innesta su d'un midollo spinale imperfettamente sviluppato per influenze ereditarie ignote. Questa opinione è appoggiata dal fatto, che la degenerazione attacca a preferenza le parti che si sviluppano tardi. Queste parti hanno anche le funzioni meno importanti e sono le prime a degenerare. Inoltre le regioni affette da sclerosi corrispondono ai tratti, i cui filamenti nervosi ricevono la loro guaina mielinica dopo il 5° mese della vita fetale.

Tre punti nel quadro clinico dell'atassia di Friedreich meritano una certa considerazione dal punto di vista del sostrato anatomico della malattia. In primo luogo è notata la rarità dei disturbi sensoriali (Gowers, Friedreich), ciò che è in contrasto evidente con quel che si osserva nella tabe. In 2° luogo, nella maggioranza dei casi non vi ha disturbi degli sfinteri. In 3° luogo merita attenzione il fatto dell'ipotonia muscolare presente in grado maggiore o minore in più casi di questa malattia.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA DI MEDICINA DI PARIGI

Seduta del 25 luglio 1899.

Potain. **Sull'aortite palustre.** — Ha osservato un uomo che nell'Algeria fu colpito da malaria, di cui gli accessi continuarono in Francia. In esso si notava un ingrandimento dell'ottusità aortica, che non poteva esser dovuta ad altro che alla diminuzione della resistenza dell'aorta. L'aorta può dunque essere alterata dalla malaria in modo da dilatarsi.

Berger. **Sulla tubercolosi ganglionare a forma linfadenica.** — L'esame istologico differenzia i linfomi tubercolari dai linfomi maligni. Se il ganglio non è

troppo invaso, vi si trovano dei follicoli tubercolari, ma non vi è caseificazione, si osserva quasi sempre una sclerosi periferica. L' estirpazione è la cura migliore di questi tumori. É probabile che i linfadenomi guariti dall'acido arsenioso non sieno stati che linfomi tubercolari.

Cornil fa notare che in certi casi ha visto questi tumori caseificati, con quantità enormi di cellule giganti. Queste forme di tubercolosi sono molto benigne.

Budin. **Consultazione pei lattanti.** — Ha instituito una consultazione settimanale nella clinica di Tarnier per i bimbi lattanti. È raro che si è obbligati a ricorrere allo allattamento artificiale esclusivo. Il latte di vacca si dà in piccole bottiglie sterilizzate a bagno-maria. La mortalità dei bimbi che quivi sono venuti è ben poca, quasi mai si è osservato scorbuto o rachitide. Questi risultati sono dovuti all'uso del latte sterilizzato.

Bazy. **Tre calcoli renali estratti colla nefrolitotomia.**— Presenta tre calcoli, di cui uno è d'urati estratto ad un uomo di 55 anni, il secondo è di fosfati appartenente ad un individuo di 36 anni che aveva sofferto di pielonefrite, il terzo calcolo è di ossalato. Questi calcoli sono stati asportati colla nefrolitotomia. Nel 1° e nel 3° caso che erano asettici, si ebbe la riunione immediata, nel secondo caso, poichè era infetto, persistette per un certo tempo una fistola urinaria che ora si è chiusa. La nefrolitotomia è una operazione benigna a condizione che l'infermo non sia indebolito dai dolori prolungati, che non abbia albumina nelle urine, né ci siamo fatti di anuria.

Lanceraux. **La levurina.**—Presenta sotto il nome di *levurina bruta* un prodotto preparato da Couturieux, corrispondente a cinque volte il suo peso di lievito fresco, coltivato specialmente in vista di questo preparato.

Bouffè. **Trattamento della psoriasi.** — La psoriasi necessita un trattamento nervino. La cura colle iniezioni di orchidina solleva le forze e nei casi di psoriasi sifilitica può essere associata al trattamento specifico.

Gueniot. **Sul deciduoma maligno.** — Legge un lavoro di Delore, secondo il quale il deciduoma sarebbe un encondroma della placenta.

Menière. **Operazione delle vegetazioni adenoidi.** — Operò senza anestesia, se le vegetazioni sono grosse opera in due tempi, prima le asporta colle pinze e qualche giorno dopo raschia. In seguito fa delle pennellazioni jodo-jodurate.

Bovet. **Nucleosali.**—Per rendere tollerabili alcuni sali e medicamenti energici come il mercurio, il jodo, il bromuro, si possono combinare alle albumosi, nucleinate. La medicazione colle nucleosali risponde ai seguenti dati: 1° Rispetta le funzioni gastro-intestinali. 2° assicura l'efficacia del farmaco. 3° alimenta l'infermo e anche lo tonifica.

Darier. **Modo di rendere indolenti le iniezioni ipodermiche e sotto-congiuntivali di cianuro di mercurio.** — È riuscito ad ottener ciò aggiungendo alla soluzione ordinaria di cianuro di mercurio 2 o 3 gocce di una soluzione all' uno per cento di acoina. Le iniezioni sotto-congiuntivali mediante questo alcaloide sono assolutamente indolenti.

Champetier de Ribes. **Placenta previa.** — Ha fatto dei tagli in una placenta previa. La parte previa, al contrario di ciò che accade di solito non era atrofica. La morte aveva avuto luogo in seguito ad un piccolo scollamento placentare.

Movimento biologico universale

1. Baillif propone per la «**cura della fistola salivare**» il seguente procedimento: 1. Dopo di aver riconosciuto il canale stenotico, si incida nel mezzo della linea (pelle e cellulare sottocutaneo). 2. Incisione longitudinale di 2 o 3 millimetri del canale. 3. Punzione del massatere e della mucosa boccale. In questo orificio con uno stiletto si passa il filo di seta fissato sugli angoli del canale di Stenone e si fissa alla mucosa. Non resta che suturare i bordi dell'orificio fistoloso già ravvivato (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99 .

2. Lauenstein tratta della «**occlusione a valvola delle vie biliari**» per calcolo e sue conseguenze. Ritiene che sia un fatto frequente e che le conseguenze sono appunto l'infezione delle vie biliari per la via del duodeno, le crisi di colica, la colicistite etc. (*Centralblat für Chirurgie*, n. 29-22 luglio 1899).

3. Adamkiewicz si occupa della curabilità dei carcinomi, e riferisce su di un infermo affetto da «**cancro del peritoneo**» il quale trovasi in via di guarigione dietro le iniezioni di cancroina da lui e dallo Schauta credute specifiche. (*Klinische therapeutische Wochenschrift*, n. 28, 9 luglio 1899)

4. Ollier trattando della «**creazione d'una neartrosi cleido-omerale**» riferisce un caso in cui ha ristabilita un'articolazione regolare fra la clavicola e l'omero per fissare l'arto superiore rimasto pendente in seguito alla perdita irreparabile dell'omoplata e della testa dell'omero. (*Revue de chirurgie*, n. 7, 10 luglio 1899).

5. Giffard a proposito del «**male perforante plantare**», dice che esso è un ulcera trofica avente origine ora da una alterazione dei nervi della regione, ora da lesione midollare. Certi stati generali, o diatesici come il diabete, l'alcoolismo, la sifilide, possono favorire la comparsa dell'ulcera perforante. (*Thèse de Paris* 1898-99).

6. DESNOS E GUILLON riferiscono sul « **trattamento delle uretriti croniche colle istillazioni di acido picrico** ». L'acido picrico, ben maneggiato non è tossico. Le istillazioni si praticano ogni due giorni (da 20 a 30 gocce di soluzione al 1 0|0) Sono stati trattati in tal modo 17 casi di uretrite cronica semplice, di cui 13 guarirono, e 12 casi di uretriti tubercolari, di cui 2 guarirono, 7 migliorarono e 3 non risentirono alcun effetto del rimedio (*Société de médecine et de chirurgie pratiques*, 15 giugno 1899).

7. BUSCHKE di Berlino, descrive tre casi di « **esantema da blenorragia** ». Le complicazioni metastasiche della blenorrea si presentano con non molta frequenza. Per lo più si osservano artriti blenorragiche, raramente cardiopatie. Nei tre casi descritti dal Bushke, si trattava di forme blenorragiche gravi, e in tutte e tre l'esantema si presentava come una specie di eritema nodoso (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, n. 2, B. XXIX).

8. MAINZER, assistente al policlinico berlinese, riferisce un « **caso di elefantiasi congenita** ». Il soggetto fu da lui osservato alla età di cinque anni, ed era una bambina senza precedenti ereditarii, solo è degno di nota che la madre aveva sul braccio sinistro (che è quello che la bimba presenta più grosso delle altre parti del corpo) un neo molto grosso, che fu cauterizzato. La cura è stata il massaggio e le fasciature elastiche compressive, ma senza spiccati vantaggi (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 27, 6 luglio 1899).

9. PENKERT di Greifswald si occupa « **dell' ittiosi** ». Dopo di aver fatto la critica di alcuni lavori che si occupano di tale dermatosi, ne tratta diffusamente descrivendone i sintomi, le diverse forme cliniche, l'etiologia, la patogenesi e la terapia. In ultimo riferisce la storia clinica di un infermo degente nella clinica medica di Greifswald, affetto da ittiosi. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, n. 2, Bd. XXIX).

10. GEHRIG raccomanda di impiegare nelle « **iperidrosi locali** » (specialmente nel sudore dei piedi) il formolo in soluzione al 10 0|0, che verrebbe a sopprimere temporaneamente questa molestia, e coll' andar del tempo può fors' anco provocare la guarigione. (*La Semaine médicale*, n. 28, 28 giugno 1899).

MALATTIE INFETTIVE

SULL'ETIOLOGIA DELLA MENINGITE CEREBRO-SPINALE

Oggi distinguiamo le meningiti acute in meningite purulenta, meningite cerebro-spinale epidemica, meningite tubercolare e meningite sierosa, il cui concetto morboso è stato ultimamente introdotto in patologia da Quincke. Indipendentemente da quest' ultima forma, tutte le meningiti sono dovute a batteri. La meningite tubercolare è causata dal bacillo della tubercolosi, la meningite cerebro-spinale dal meningococco intracellulare di Weichselbaum, la purulenta da diversi batteri, come lo pneumococco di Fränkel, lo pneumobacillo di Friedländer, il bacillo del tifo, il bacterium coli, gli stafilococchi, gli streptococchi, i bacilli dell'influenza, il *bacillus aërogenes meningitidis* di Centanni ed un bacillo recentemente trovato in un caso da Stadelmann. Quest' ultimo bacillo é grosso, estremamente mobile, colorabile con gli ordinari colori di anilina, provvisto di flagelli che si colorano col metodo di Löeffler e di spore. Gli estremi del bacillo sono a clava; la sua forma del resto è varia e nelle culture antiche, oltre alla forma di bacillo, si osservano anche forme di cocchi. Non si colora col metodo di Gram. Nell'agar le culture si rendono manifeste 5-6 giorni dopo l' innesto in forma di colonie rotonde, trasparenti, splendenti. Il batterio è aerobio facoltativo. Nel brodo si vede un rigoglioso sviluppo già dopo tre giorni. Nella gelatina le culture per strisciamento dopo 4-6 giorni presentano sottili punticini alla superficie, poi la cultura cresce nella profondità; la gelatina non è fluidificata. Il bacillo di Stadelmann non coagula il latte. Gli esperimenti negli animali, sebbene non completi, furono negativi, nondimeno l'autore insiste nel convincimento che nel suo caso di meningite sporadica primitiva la malattia era prodotta da questo bacillo.

Dalla meningite purulenta si è creduto di dover distinguere la meningite cerebro-spinale epidemica, causata da un microorganismo speciale: il meningococco intracellulare di Weichselbaum. Jäger nel 1895 fu fra i primi a sostenere, dietro l' osservazione batteriologica di una serie di casi di meningite cerebro-spinale epidemica a decorso mortale, che il germe patogeno di questa malattia non era quello fino allora ritenuto, cioè il pneumococco di Fränkel, ma il diplococco intracellulare trovato da Weichselbaum nel 1887 in 6 casi. Quest'ultimo autore allora riguardò i suoi casi come sporadici e quindi non opportuni per giudicare del valore etiologico del microrganismo da lui scoperto. Poi nel 1896 Heubner nell' epidemia di Berlino confermò le osservazioni di Jäger ed altre conferme vennero in seguito da Fürbringer e dalle cliniche di Lichtheim e Leyden. In America è stato raccolto un ricco materiale che dimostra il rapporto etiologico tra il meningococco di Weichselbaum e la meningite cerebro-spinale epidemica. Ma anche nei casi sporadici è stato trovato questo microrganismo, il quale del resto si trova in natura così diffuso come lo pneumococco di Fränkel, anche quando non esiste un'epide-

mia. Slavyk e Schiff poi l'hanno trovato nel muco nasale degli individui sani.

Fränkel si oppone intanto all' opinione di quelli che considerano il microorganismo di Weichselbaum l'unico e specifico momento etiologico della meningite cerebro-spinale epidemica. Egli sostiene che anche lo pneumococco ne può essere causa, e del pari Stadelmann dice non essere ancora sufficientemente dimostrato che il meningococco di Weichselbaum sia specifico della meningite cerebro-spinale epidemica. Secondo lui non si può mettere in dubbio che molte epidemie sono state causate dallo pneumococco di Fränkel, e nello stato attuale delle nostre conoscenze dovrebbesi ammettere che entrambi possono dar luogo alla malattia. Nelle osservazioni di Panienski fu trovato il microrganismo di Fränkel. In secondo luogo nei casi in cui si trova il diplococco intracellulare di Weichselbaum esso non è allo stato puro, ma associato ad altri batteri, come ad es. ad un altro microorganismo intracellulare, ma di altra specie (Heubner), a piccoli bastoncini (Hühnermann), a pneumococchi (Weichselbaum, Jäger, Henke, Lenhartz ecc.), al bacillo tubercolare (Heubner, Fürbringer, Holdheim e Lenhartz). Dippiù nella stessa epidemia accanto a casi dovuti al microorganismo di Weichselbaum, se ne sono osservati altri dovuti al pneumococco di Fränkel (Jäger, Lenhartz). Queste osservazioni hanno suscitato obbiezioni. Si è detto che nei casi in cui si è trovato il microorganismo di Fränkel non si trattava di una forma epidemica, ma di casi sporadici. Nondimeno è certo che simili casi sono stati osservati nelle grandi epidemie (Ponienski, Quadu, Foà e Bordoni-Uffreduzzi ecc.). D'altra parte il microorganismo di Weichselbaum è stato trovato anche in casi sporadici di meningite, come si rileva dalla comunicazione di Frohmann. Si è pure detto: nei casi in cui nella meningite cerebro-spinale epidemica si è trovato lo pneumococco di Fränkel, esso non vi esiste primariamente, non è la causa della meningite, ma rappresenta un reperto secondario. Non è rara la pulmonite nel corso della meningite epidemica; in questa lo pneumococco per la via del sangue o dei linfatici può farsi strada fino al cervello. Nondimeno è da osservare che nei casi di Weichselbaum e di Oebecke non esisteva pulmonite. Secondo Stadelmann il concetto che dovrebbesi avere oggidì della quistione è il seguente: nella meningite cerebro-spinale epidemica è stato spesso trovato il pneumococco di Fränkel, ora isolato, ora insieme al meningococco di Weichselbaum, e deve essere ritenuto come la causa della malattia. Il meningococco cellulare si trova in altre meningiti. Hühnermann l'ha riscontrato nella meningite traumatica.

Dimodochè la sua presenza non é senz' altro segno che si tratti di meningite epidemica. Nondimeno si è obbiettato che la meningite epidemica colpisce a preferenza quelli in cui un trauma del capo costituisce un *locus minoris resistentiae.* Un caso di questo genere è stato riferito da Scherer ed un altro ne cita Jäger. Inoltre Heubner in due casi di meningite tubercolare potè coltivare il meningococco; egli sostiene che questo in tali casi debba essere riguardato come un parassita accessorio immigrato. Jäger osserva che la presenza di un focolaio tubercolare è un *locus minoris resistentiae* per l'infezione con i germi della meningite epidemica ed anche per la fissazione dei bacilli tubercolari.

D'altra parte il meningococco di Weichselbaum non è ancora fra i microrganismi molto bene studiati. Esistono i dati forniti da Jäger e confermati dalla maggior parte degli autori in riguardo alla morfologia ed alla biologia del meningococco. Non v'ha alcun dubbio, secondo queste ricerche che il meningococco é assolutamente una specie diversa dallo pneumococco: la forma di semmel, larga, la disposizione a cumuli, la tendenza a stare nell' interno delle cellule di pus, sono caratteri, se non specifici, almeno di una grande importanza. Riguardo alla proprietà di colorirsi col metodo di Gram, gli autori non sono di accordo. Jäger osserva che i due microrganismi non si comportano sempre egualmente; il che del resto non è un fatto nuovo, perchè è stato osservato per il bacillo della difterite, per il *batterium coli*, per i gonococchi. Carattere morfologico delle culture è la grandezza spesso notevole dei cocchi e la grande e precoce tendenza alla produzione di forme involutive. La forma a catena osservata da Jäger in un caso nel meningococco, è rimasta un'osservazione isolata, e quindi non è giustificato ciò che ha fatto Lehmann di classificare i meningococchi fra gli streptococchi. Nelle culture il meningococco si sviluppa in principio quasi così rigogliosamente come lo pneumococco: lo sviluppo si fa più rapido ad ogni nuovo passaggio. Oggidì la distinzione fra pneumococco e meningococco non è più dubbia, ed è riconosciuta anche da Baumgarten, il quale è stato il più strenuo difensore dell' opinione che meningococco e pneumococco sieno uno stesso microrganismo.

Molto più difficile è la distinzione fra meningococco e stafilococco, tanto che Hühnermann in un'epidemia di meningite a Mainz dice di aver osservato semplicemente lo stafilococco albo, mentre dalla descrizione che Cuvière dà si rileva che egli coltivò anche il meningococco che non seppe distinguere dallo stafilococco. Anche Jäger ultimamente ha avuto occasione di osservare i preparati di un caso di meningite cerebro-spinale, in cui si vedevano tanto stafilococchi intracellulari, quanto

meningococchi, ma nelle culture si svilupparono soltanto i primi.

Facendo intanto semine su lastre da una cultura di stafilococco aureo apparentemente pura, Jäger ottenne una cultura di meningococco con i caratteri differenziali tipici. Perciò egli raccomanda di non contentarsi solo delle culture per strisciamento nei tubi, ma ricorrere alle culture a piatto. Il metodo che egli adopera, da parecchi anni è quello di mescolare il materiale infettivo coi liquidi di cultura versati nelle lastre, mercè striscie di carta da filtro sterilizzata. È anche importante fare culture in gelatina, perchè quivi il meningococco o non si sviluppa o si sviluppa lentamente, senza fluidificare la gelatina, che viene rapidamente fluidificata dagli stafilococchi. E' dunque possibile anche la distinzione tra stafilococchi e meningococchi.

Nondimeno non tutti gli autori sono dell'opinione di Jäger, e il Blumenfeld ha fatto ultimamente rilevare come diverse sono le idee su questo riguardo. Stadelmann non ammette che il meningococco intracellulare sia una specie unica, ma che si tratti di un gruppo intero di microorganismi, le cui singole forme non sono state ancora sufficientemente studiate e che debbono ancora essere distinte l'una dall'altra. In breve Stadelmann è di parere che la meningite cerebro-spinale epidemica non è causata da un solo microorganismo, ma almeno da due, a quanto per ora può dirsi, ossia dal pneumococco di Fränkel e dal meningococco intracellulare di Weichselbaum.

BIBLIOGRAFIA

Blumenfeld, *Hyg. Rundsch.* n. 9, 1899.—Jäger *Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskrankh.* Bd XIX, 1895. Heubner, *Deut. med. Woch.* n. 27, 1896 e *Jahrb für Kinderheilk.* DXLIII, ott. — Hühnermann, *Zeitschr. f. klin. Med.* 1898 Bd XXXV — Scherer *Centralbl. f. Bakt.* XVII — Holdheim, *Deut. med. Woch.* n. 34 1896 — Panienski, *Deut. militärärz. Zeitschr.* 1895 — Kamen, *Centralbl. f. Bakter.* 1898— Petersen, *Deut. med. Woch.* n. 36, 1896 — Stadelmann, *ibid.* n. 29, 1899— Jäger *ibid.*

SIERO-DIAGNOSTICA

SUI METODI DELLE REAZIONI DEL SIERO

Nella clinica pediatrica di Graz diretta dal professore Escherich sono state eseguite in gran numero fin dal 1897 ricerche siero-diagnostiche per illustrare l'etiologia di alcuni processi infettivi intestinali dei poppanti, ed ultimamente l'assistente M. Pfaundler riferisce su di questi metodi, disponendo di circa 1200 esami fatti (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, n. 28, 9 luglio 1899). In primo luogo per ottenere il sangue spesso nei poppanti si va incontro a difficoltà. Si raccomanda per lo più di pungere il polpastrello del dito od il lobulo dell'orecchio, ma la puntura in questi siti è dolorosa, e spesso bisogna che sia profonda e ripetuta, perchè si ottenga un pò di sangue. Nei bambini anemici o moribondi poi con questo mezzo o non si ottiene sangue o se ne ottiene molto poco. Pfaundler propone in tutti i casi come il mezzo più semplice e più sicuro la sezione di una vena: il salasso fa soffrire meno il bambino e si ha la quantità di sangue che si desidera. Per ottenere del sangue dopo la morte, può usarsi con vantaggio il metodo proposto dall'Escherich, cioè la puntura del cuore. Lo strumento che serve a ciò è un piccolo tubo di vetro graduato, a cui si adatta la cannula della siringa di Stroschein. Il tubo di vetro è provvisto di un tubo di gomma che serve per l'aspirazione. Viene incisa con coltello sterile la cute in corrispondenza dell'estremità sternale del 3° spazio intercostale sinistro, e l'ago infitto in questo punto penetra nell'orecchietta sinistra o nel ventricolo sinistro. Se l'aspirazione è fatta poco dopo la morte, il sangue è ancora fluido e si coagula nel tubo, separandosene il siero. Solo nei casi di infezione settica generale è diminuita la coagulabilità del sangue, ed allora si ricorre alla centrifugazione. Del resto non è necessario mettere in pratica processi estremamente penosi asettici a scopo sierodiagnostico. Gran numero di germi che il sangue può contenere, muoiono in breve tempo alla temperatura della stufa. D'altra parte l'agglutinazione dei batteri di cui si fa l'esame può essere sempre riconosciuta, anche quando il sangue sia inquinato da un piccol numero di altri batteri. Non è opportuno lasciare il siero per lungo tempo alla stufa, perchè l'emoglobina può disciogliersi ed intorbidarlo. Il siero conservato più o meno a lungo modifica spesso notevolmente la sua proprietà agglutinante.

Per lo studio delle reazioni del siero nella clinica di Graz si servono di emulsioni di giovani (12-24 ore) culture. Si emulsionano d'ordinario 2-3 anse di cultura in agar in un tubo di brodo, in modo che il contenuto dell'ansa viene prima finamente diviso contro la parete asciutta del tubo, al di sopra del livello del brodo, il quale poi si agita fortemente per alcuni minuti. Nelle culture in brodo di 24 ore i batteri sono molto più numerosi e non così equabilmente distribuiti come nell'emulsione. Il potere d'agglutinazione dei batteri in cultura e di quelli in emulsione è pressochè lo stesso; tal volta esistono delle differenze nel senso che la cultura in brodo è più facilmente agglutinabile dell'emulsione.

Per saggiare il potere agglutinante del siero, il metodo migliore è quello di Widal, fondato sulla numerazione delle gocce di siero e di cultura adoperate per il miscuglio. Certamente questo saggio, a causa della diversa vischiosità dei liquidi mescolati, non è del tutto esatto, ma per lo più serve bene a scopo pratico. Il miscuglio si fa più oppor-

tunamente in una provetta sottile grossa quanto una matita, di cui si tiene un'intiera serie in sostegni di legno perforati. Più esatto riesce il metodo quando si misura il liquido di cultura in pipette graduate, ma havvi l'inconveniente che bisogna disporre di grande quantità di siero, Pfaundler si serve per misurare il siero di piccoli tubi capillari esattamente calibrati, i quali per 10 cm. di lunghezza contengono 0,05 cmc. di siero. È molto facile riempire, per l'azione della capillarità, questi tubi fino al segno stabilito, e poi aggiungervi la cultura misurata con la pipetta. I tubi capillari possono poi servire nuovamente, dopo essere stati bolliti. Del resto alcune fabbriche hanno a questo scopo messo in vendita gli agglutinometri.

Per saggiare il potere d'agglutinazione del sangue direttamente, nel caso che non si disponga del siero nè di una centrifuga per ottenerlo, si può usare tanto il metodo originario di Widal, quanto quello dei capillari, allo stesso modo come si pratica per il siero, tenendo presente che il sangue contiene un volume determinato di siero il quale può variare nei sani e più ancora negli ammalati, e quindi i risultati che si ottengono da queste determinazioni non sono mai esatti.

Pfaundler ha sperimentato un altro metodo per eseguire la reazione quantitativa nel sangue estratto di recente. Egli punge il polpastrello del dito ed aspira il sangue con la pipetta di Thoma-Zeiss che serve per la numerazione dei globuli bianchi, fino ad un segno determinato, poi riempie il *melangeur* con la cultura. Se si aspira fino a 0,1 il siero è diluito di 1,500 ossia 7 0|0 ; se si aspira fino a 0,2 la diluizione è di 1,75 1, 3 0|0 e così via.

Già Widal aveva fatto notare che la reazione dell' agglutinazione si verifica anche nel sangue disseccato. Poco usato questo metodo in Germania ed in Francia, lo è molto in America. Alcune gocce di sangue vengono disseccate su carta da filtro, che vien poi tagliata a settori, i quali rappresentano poi una determinata parte di una goccia di sangue; i settori di carta col sangue disseccato vengono poi immersi nella cultura.

Il decorso della reazione del siero viene osservato tanto macroscopicamente che microscopicamente. In quest' ultimo caso una piccola goccia, possibilmente priva di globuli, viene osservata in un portoggetti cavo. Evidentemente l'osservazione microscopica dà risultati più sicuri della macroscopica, perchè i cumuli di batterii debbono essere molto grandi, per essere visti ad occhio nudo e sedimentare. L'osservazione macroscopica può trar profitto della trasparenza del liquido, ma molto prima che essa si manifesti già l'esame microscopico rileva la formazione di cumuli di batterii. Oltre a questi cumuli è stata descritta anche la formazione di filamenti nei saggi di agglutinazione con gli pneumococchi, col bacillo piocianeo, col pneumobacillo (Metchnikoff, Charrin e Roger, Landsteiner), ma questo fenomeno è stato più minutamente studiato da Pfaundler nelle infezioni da bacterium coli e da proteo (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1898), e poi anche da R. Kraus, il quale è venuto alla conchiusione che il fenomeno della formazione dei filamenti precede sempre quello dell' agglutinazione; che il primo non è così costante come l'altro, e che in generale la formazione di filamenti ha lo stesso valore pratico dell'agglutinazione (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 29, 1899).

Per giudicare di ogni reazione siero-diagnostica dobbiamo tener conto di tre fattori: della diluizione del siero, del tempo in cui la reazione comparisce e del grado che essa raggiunge. Come quarto fattore può aggiungersi la temperatura a cui la reazione ha luogo.

Il fattore più importante è il primo. Ma le determinazioni fatte a questo riguardo dai diversi autori nelle diverse malattie non hanno dato risultati concordi. Per il tifo, le numerose osservazioni di Biberstein e di Stern dimostrano che quando riesce positiva in un adulto la prova microscopica dell'agglutinazione dopo 2 ore, con una diluizione del siero 1 : 50 (2 0|0), si tratta di tifo. È molto importante conoscere il limite della diluizione, perchè la reazione sia positiva. Pfaundler lo designa con G_2, e consiglia a scopo pratico, quando non si può fare più di un saggio, di diluire il siero fino a G_2; se il saggio è positivo, non havvi alcun dubbio. Il grado limite della diluizione è diverso per le diverse specie di batteri. Per il bacillo del tifo è molto basso, specie negli adulti (2 0|0): per il bacterium coli è 1 : 75=1, 3 0|0 nell'adulto, nel bambino 1 : 40=2,4 0|0.

Perchè si produca l' agglutinazione si richiede un certo tempo.

Le leggi che la regolano sono le seguenti : il tempo in cui comparisce la reazione dipende *ceteris paribus* dal contenuto di siero nel saggio; la reazione positiva in generale si fa sempre più intensa nel corso delle prime 6 fino a 12 ore , e dopo rimane costante. In pratica è necessario stabilire un termine convenzionale per l' osservazione dell' agglutinazione. Stern ha stabilito 2 ore, e chiama A_2 l'indice della maggiore diluizione che nel corso di 2 ore dà risultato positivo. Il valore A_2 è perciò l'indice del potere agglutinante del sangue osservato. Per determinarlo è necessario eseguire una grande serie di saggi, e dopo 2 ore si esaminerà in quale di essi è riconoscibile il fenomeno dell'agglutinazione. Come si vede, questo metodo è lungo e richiede grande quantità di siero, di cui non sempre si può disporre.

Pfaundler ha cercate di ottenere per altra via il valore A_2, determinando il rapporto tra i due più importanti fattori, cioè il grado di diluizione

del siero e la durata del tempo per cui é stato osservato il fenomeno dell'agglutinazione, ed ha trovato che il rapporto è fino ad un certo grado.

Il criterio derivante dall'intensità della reazione è il più labile di tutti, perchè è fondato sull'apprezzamento individuale e soggetto a molte cause di errore. E di queste la più importante é che i batteri facilmente si riaggruppano insieme nella cultura. A questo riguardo i vari batteri si comportano diversamente: mentre i bacilli del tifo ed il bacterium coli si emulsionano sempre bene, ossia si distribuiscono sensibilmente nel brodo, l'opposto si verifica per il bacillo mesenterico, per il proteo e per molte forme di cocchi. Solo quando i batteri sono egualmente distribuiti nel brodo, si può dare importanza all'esito positivo del saggio dell'agglutinazione. Un' altra causa di errore è che mescolando insieme emulsione e siero, al punto di contatto dei due liquidi, il siero non diluito agisce sui batteri.

Infine l'altezza della temperatura ha lieve influenza sul decorso della reazione del siero. ed a questo riguardo sono state fatte determinazioni da Biberstein e Pfaundler.

Senza dubbio altri fattori entrano in campo nelle siero-reazione, come ad es. l'acidità del terreno nutritivo. Infatti l' agglutizione del bacillo del tifo da parte del siero normale non ha luogo con una reazione debolmente acida Johnston Mc. Taggart), e le culture tendono più o meno alla agglutinazione, a seconda del modo come esse sono state fatte, della composizione del terreno nutritivo, della loro virulenza ecc.. Poca importanza pare che abbia la mobilità dei batteri, e così pure la loro quantità.

FORMULARIO

Olisteri nutritivi

Latte	gr.	250
Gialli d'uovo.	n.	2
Cloruro di sodio	gr.	5
Vino.	»	15
oppure:		
Gialli d' uovo	n.	2
Peptone secco	gr.	4-20
Vino.	gr.	120
Brodo	»	250
oppure:		
Brodo	»	140
Gialli d'uovo.	n.	6
Vino.	gr.	20
Cloruro di sodio	»	15
oppure:		
Carne magra di bove triturata .	»	200
Pancreas di bue fresco	»	1

passare alla staccio ed aggiungere:

Laudano	gocce	10
Acqua	gr.	200

Elixir di peptonato di ferro

Cloro-peptonato di ferro. . . .	gr.	100
Alcool a 90°	»	150
Sciroppo semplice	»	450

Acqua distillata q. b. per un litro.

Jorissen. — Deodoranti

Essenza di timo } » di lavanda }	ana parti	50
Alcool	»	500

oppure;

Tintura di quillaia	gr.	250

Cumarina q. b. per profumare

NOTIZIE E VARIETÁ

Come prolungare la vita

Il dottor De Lacy Evans in un libro che porta questo titolo dice che i casi di vecchioni che raggiunsero e sorpassarono i cento anni non sono poi tanto rari come generalmente si crede. Non vi sono però regole fisse per sorpassare il secolo; esse sono soltanto approssimative e non si applicano indifferentemente ad ogni individuo. Ciascun organismo presenta eccezioni ed attitudini che bisogna studiare. si potrebbe dire, tanti uomini, tante cure diverse.

Per prolungare, in genere, l'esistenza, il dottor De-Lavy Evans studia principalmente gli agenti; ossia quelle sostanze o composti che, colla loro azione nell' organismo o su di esso, tendono a frenare le cause della vecchiaia e della morte naturale, nonché a prevenire od anche a rimuovere gli accumuli che sono i fattori dei cambiamenti osservatisi a misura che l'età si avanza. Chiama solventi quegli agenti che tendono ad impedire l' aumento delle sostanze terrose nell'organismo, e fra essi dà all'acqua il primo posto. Riferisce casi di longevità che possono essere attribuiti al bere grande quantità d'acqua.

L'acqua distillata, usata come bevanda, è assorbita direttamente nel sangue, di cui aumenta il potere solvente sino al punto da mantenere sciolti in esso i sali già esistenti, prevenire la loro nociva deposizione nei vari organi e tessuti e favorire la eliminazione per mezzo delle diverse secrezioni. Se l'acqua distillata è presa in gran copia, o se essa è il solo liquido introdotto nell'organismo, sia come bevanda, sia come mezzo per gli ordinari infusi di thè, caffè, ecc., essa aiuterà in tempo a rimuovere quei composti terrosi che si sono accumulati nell'organismo, e i cui effetti di solito divengono più manifesti quando si raggiunge l'età dei quaranta o cinquant'anni. L'uso dell'acqua distillata preverrà da sè sola molte malattie e specialmente quelle dovute a formazione di calcoli nelle diverse parti dell'organismo.

L'acido lattico sarebbe il secondo agente. Esso ha una grande tendenza a prevenire gl'indebiti accumoli delle materie terrose nell' organismo. Vi sono molti esempi di longevità che possono essere attribuiti al-

l'acido lattico contenuto nel siero, usato come alimento abituale.

Quindi vengono le sostanze che mitigano l'eccessiva azione dell' ossigeno atmosferico. ossia il consumo dell'organismo, fra le quali merita il primo posto il tannino che ha il potere d'indurire e rendere i tessuti albuminosi e gelatinosi del corpo simili al cuoio, e perciò meno soggetti al decadimento. Il solfato d'alluminio e potassio ha pure un'azione astringente sui tessuti, se preso in piccole dosi.

Il lievito di birra fresco, grazie alla sua affinità coll'ossigeno, impedisce l'indebita ossidazione ed il consumo dei tessuti. In questi ultimi anni esso è stato usato come eccellente rimedio in quelle malattie caratterizzate da eccessiva ossidazione.

Il miglior preparato alcalino sarebbe il liquore di potassa, alla dose di cinque a dieci gocce, abbondantemente diluito nell'acqua. Esso agisce anche come anti-acido e contrario alla formazione dei calcoli.

Gli acidi vegetali, o soli o combinati cogli alcali come esistono nelle frutta o preparati artificialmente tendono a prolungare la vita; prima diminuendo la temperatura del corpo e quindi il consumo dell'organismo; in secondo luogo, perchè in seguito alla combustione degli acidi restando liberi gli alcali, è aumentata la solubilità dell' albumina e della fibrina esistenti tanto nel sangue che nei tessuti, e quindi è diminuita la loro tendenza a depositarsi, a formare accumuli fibrinosi e gelatinosi nell'organismo.

A questo proposito ricordiamo un curioso articolo comparso pochi anni fa sul *Daily Telegraph*, intitolato: *Il modo di vivere per sempre.* Nell'esaminare un metodo pel prolungamento della vita umana di cui era autore il dottor Guglielmo Schmoele vantava il succo del limone come il miglior elisire per vivere a lungo. Riferiva l'esempio del conte Weldeck morto a Parigi all'età di 120 anni, il quale ad ogni luna nuova e luna piena aveva l'abitudine di divorare delle radici inzuppate nel sugo di limone in gran quantità. Fra i cinquanta e sessant'anni la dose per le signore è stabilita a tre limoni al giorno e per gli uomini a quattro. Un limone di più al giorno è ordinato per ciascun sesso e per ogni anno di più;

Il dottor Lacy Evans elogia il fosforo, purchè preso a piccole dosi, altrimenti è molto velenoso, e spiega come il fosforo eserciti una grande influenza sul cervello, cosicchè il pensiero, la mente e molte azioni nervose sono intimamente connesse colla presenza del fosforo nell'asse cerebro-spinale.

GAZZETTINO

NAPOLI. *Contro la tubercolosi.*—Il prof. De Renzi presidente del Comitato napolitano della Lega nazionale contro la tubercolosi, pronunciò un discorso alla presenza di molti soci e pubblicisti e ricordò che la terribile malattia strappò nell' ultimo trentennio in Italia due milioni di esistenze e che in quest'ultimo anno uccise cinquantamila persone.

Disse che il comitato napolitano, che conta già duemila associati, decise insieme al Congresso contro la tubercolosi di tenere una esposizione igienico-ginnastica, la quale resterebbe aperta dall'aprile prossimo a tutto ottobre.

La relazione del senatore De Renzi fu accolta con grandi applausi ed è favorevolmente commentata dall'intera stampa cittadina.

ROMA. *Per la invalidità e la vecchiaia degli operai.* —Il Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale per la invalidità e la vecchiaia degli operai ha discusso il regolamento interno della Cassa che presto comincierà a funzionare.

— ROMA. *Per gli infortuni sul lavoro.* — Il Ministro di agricoltura concreta gli accordi con l' Associazione nazionale per la prevenzione degli infortuni sul lavoro per affidarle alcune ispezioni da farsi in esecuzione alla legge sugli infortunii assieme all'ufficiale governativo del Ministero stesso e al genio civile.

EMPOLI. *Generosa offerta.* — La signora contessa Maria degli Alessandri oltre all'aver donato 2 azioni della Società Anonima per le case operaie, ove sarà aperto l' ospizio per i vecchi cronici, alla venerabile Arciconfraternita della Misericordia, faceva elargizione a questo pio sodalizio di una somma cospicua per l'impianto del detto Ricovero.

VIAREGGIO. *Congresso.* — D'iniziativa della locale *Croce Verde* avrà luogo il Congresso regionale toscano delle Società di pubblica assistenza, che sarà inaugurato il 19 agosto.

Fra breve sarà pubblicato il manifesto-programma.

PONTEDERA. *Alla pubblica assistenza.* — Nell'agosto verrà festeggiato solennemente il decimo anniversario della fondazione della locale compagnia di pubblica assistenza.

CONCORSI E CONDOTTE

Acquanegra con Fegno. (Cremona). Condotta consorziale dei comuni di Acquanegra, Grotta, d' Adda e Spinadesco. Stipendio L. 3650. Scadenza 10 agosto.

Modena. Concorso al posto di direttore tecnico all'ospedale. Stipendio L. 3000 pel triennio di prova e raggiunta la stabilità di L. 3500.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 53-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE TEORIE DEL SONNO

Generalmente parlando nel sonno il metabolismo del corpo è ridotto. La respirazione è più lenta, l'areazione del sangue meno attiva, il polso più raro, la pressione sanguigna più bassa, la temperatura tende ad abbassarsi, il sistema nervoso è modificato in modo che gli stimoli non molto intensi non sono percepiti mentre continuano a prodursi i riflessi.

Le teorie finora proposte per spiegare il sonno possono dividersi in chimiche, istologiche, vasomotorie e psicologiche.

È certo che lo stato cosciente è dovuto ad una condizione definita delle cellule nervose o dei neuroni, e che ogni deviazione dallo stato cosciente è in rapporto con una modificazione di questa condizione. Oggi è difficile concepire che questi stati e le loro modificazioni non fossero di natura chimica, che la coscienza non sia in rapporto con un metabolismo normale degli elementi nervosi e l'incoscienza con una alterazione di questo metabolismo. Il così detto metabolismo normale è il risultato non solo dei bisogni vitali delle cellule, ma anche delle alterazioni prodotte dall'azione degli stimoli. Diminuendo gli stimoli od anche rendendoli costanti per natura e forza (monotonia) il metabolismo si fa costante ad onta delle modificate condizioni.

Con questi principii di chimica è facile accordare varie altre teorie proposte per spiegare il sonno. Così s'intende bene come il metabolismo delle cellule cerebrali possa essere alterato da condizioni estrinseche, per esempio modificazioni circolatorie, per cui possano prodursi delle cospicue alterazioni fisiche nelle cellule, ad esempio la retrazione dei prolungamenti protoplasmatici. Le teorie vasomotorie, istologiche e chimiche vengono per tal modo ad accordarsi.

La più seducente di queste teorie è quella che Duval chiama teoria istologica del sonno. Nello stato rudimentario essa fu per la prima volta intravista da Rabl-Rückhard il quale spiegava i varii fenomeni psichici con i movimenti ameboidi dei neuroni e specialmente dei processi dendritici: il sonno per tal modo sarebbe dovuto a retrazione di questi processi e conseguente impossibilità degli impulsi nervosi di passare da un neurone all'altro. La stessa teoria fu indipendentemente sviluppata da Lépine e Duval. Il Lépine crede che l'isolamento dei singoli neuroni sia dovuto a modificazioni chimiche del protoplasma cellulare, e così spiega la straordinaria facilità con cui uno stato di debolezza passa in uno di sonno.

Questa teoria è fondata sulla concezione dei neuroni isolati ed uniti indipendentemente nella costituzione del sistema nervoso, quindi segue le sorti di questa concezione. Kölliker l'ha strenuamente criticata. Egli nega i movimenti ameboidi messi in campo da Widersheim, e dice che pur ammettendoli bisognerebbe loro riconoscere una maniera costante di prodursi, che non s'accorderebbe con la varietà dei fenomeni psichici.

Ramon y Cajal ribadisce le obiezioni di Kölliker dimostrando la stabilità delle forme e dell'estensione delle terminazioni nervose in alcuni organi di senso specifico. Egli però trova in differenti condizioni i processi delle cellule della nevroglia ora contratti ora estesi, e pensa che sia una funzione di queste cellule quella di isolare un medium tra i neuroni. Durante il sonno i processi nevroglici s' interpongono tra le ramificazioni nervose e le cellule o i loro prolungamenti protoplasmatici, in conseguenza di che il passaggio degli stimoli è impedito o difficoltato. La contrazione sarebbe d'ordinario automatica, ma non è escluso che potesse avvenire anche sotto l'azione della volontà. Buckley Bradbury pensa che questa teoria attribuisce alle cellule della nevroglia una attività ed una funzione che è incompatibile con la loro posizione e struttura.

Gotch spiega l'ipnotismo, e quindi il sonno, con l' azione isolante di certe lacune interposte tra le terminazioni dei processi dendritici, le quali potrebbero permettere od ostacolare il passaggio degli stimoli. Si verrebbe però per tal modo a riconoscere una funzione attiva ad elementi di struttura assolutamente passiva.

Lugaro attribuisce lo stato d' incoscienza non ad una retrazione, ma ad una espansione dei processi dendritici. Egli crede che gl' impulsi nervosi passino attraverso le gemmule, e che il passaggio sia facilitato ed inibito secondo che sia più o meno stretta la relazione che passa tra queste gemmule. D'ordinario alcune di esse sono in relazione di contiguità, altre sono retratte. Queste ultime sono in uno stato potenziale, e sarebbero capaci di essere avvicinate da uno stimolo conveniente. Nel sonno dunque le gemmule sarebbero in espansione, gli stimoli sarebbero aumentati enormemente, e si avrebbe allora uno stato di confusione e quindi d'incoscienza.

Più favore pare che avessero avuto le teorie vaso-motorie sviluppate specialmente da Howell fondandosi sui risultati, dell'osservazione diretta della corteccia ottenuti da Donders, Durham. Hammond e sulle ricerche pletismografiche di Mosso. Leonardo Hill ha praticamente dimostrato che nessuna modificazione avviene nel contenuto cranico, che il cervello in tutti i punti è in contatto immediato con la scatola cranica e che la quantità di liquido cerebro-spinale è scarsissima ed insufficiente ad esercitare una compressione cospicua. Così egli ha dimostrato che la pressione cerebro-spinale è eguale alla pressione venosa, e che il liquido cerebro-spinale non può esercitare un meccanismo di compenso nelle alterazioni del contenuto cranico. Il volume del sangue nel cervello è in tutte le condizioni fisiologiche assai poco variabile, quindi un'anemia cerebrale, come diminuzione della quantità totale del sangue nel cervello, non può esistere. È possibile un' anemia arteriosa combinata ad una congestione venosa: lo dimostrano le osservazioni di Hughlings Jackson sui vasi retinici durante il sonno. In rapporto a queste osservazioni sta la dottrina di Munro-Kellie dell'incompressibilità del cervello e del costante volume del contenuto cerebrale.

Cappie sostiene che l'anemia arteriosa del cervello sia compensata da un turgore dei vasi della pia, ed un'alterazione della pressione normale sulla superficie cerebrale da una forza espansiva e compressiva.

Howell ammette che all'anemia della corteccia possa fare equilibrio una dilatazione dei vasi alla base del cervello. Il fattore causale del sonno sarebbe la fatica del centro vaso-motore, e particolarmente di quella parte che sopraintende all'area cutanea, poichè il volume del braccio cresce immediatamente prima del sonno, e si riduce allo svegliarsi. Egli d'altronde a questo fattore attribuisce la parte principale solamente nella produzione del sonno. I fattori etiologici sarebbero: una diminuzione dell' irritabilità determinata dalla fatica di una larga zona dell' aia corticale; un volontario ottundimento del sensorio e degli stimoli mentali come preparazione al sonno; e la modificazione dei centri vasomotori.

I fenomeni vascolari certamente spiegano una parte importante della produzione del sonno. Bradbury crede che si tratti di una stasi sanguigna più che d'una vera anemia, e così la deficienza della nutrizione produrrebbe un'azione depressiva sul metabolismo delle cellule cerebrali e quindi indurrebbe il sonno.

Che l'abbassamento della pressione arteriosa non sia un fattore necessario è dimostrato dall'azione di alcuni ipnotici, che non esercitano alcuna influenza in questo senso.

Le varie teorie chimiche sono fondate su dati insufficienti, specialmente le più antiche di Sommer e Pflüger. Errera assegna una parte predominante alle leucomaine prodotte dall'attività normale del corpo, basandosi sugli esperimenti di Bouchard che nella notte ha trovato l'escrezione per l'urina di sostanze convulsivanti che mancano di giorno. Egli quindi ha pensato che nel giorno si accumuli nell'organismo una sostanza ipnogena che poi produce il sonno, mentre di notte si forma una sostanza convulsivante che induce i movimenti muscolari durante la veglia. Ma alla composizione dell'urina prendono parte tante condizioni di nutrizione e di ambiente che è difficile mettere in rapporto i suoi costituenti con la produzione del sonno ed accettare l' aforisma *post hoc ergo propter hoc*.

Tra le teorie psicologiche va specialmente ricordata quella di Marie de Manaceïne che definiva il sonno come *il riposo della coscienza*; ma questa che è una bella definizione filosofica non è una spiegazione perchè non si può concepire il sonno come qualche cosa di immateriale.

La quistione del sonno può essere assai bene illustrata dall'esperimento farmacologico, studiando minutamente l'azione dei diversi ipnotici. Essi certamente agiscono chimicamente sui neuroni, apportando in essi tali modificazioni da sottrarre gli elementi nervosi dall'azione degli stimoli esterni, modificare la loro attività metabolica, e produrre o conciliare il sonno.

BIBLIOGRAFIA

Berkley. *Johns Hopkins Hosp. Reports* volume VI. — Cappie. The Jntracranial circulation 1890 e *Brain* 1898. — Duval. *Société de Biologie*, 1895. — Gotch. *Science progres* 1897. — Herringham. *Lancet* 1899.—Hill. *Brain* 1896 e *Lancet* 1898. — Howell. *Journal of experimental Med.* 1897. — Kölliker. *Phys. med. Gesellschaftt zu Würzburg* 1895. — Lèpine. *Revue de Mèdecine* 1896 e *Société de biologie*, 1895. — Lugaro. *British medical journal* 1899.—Manaceïne. Sleep 1897. — Rabl-Rückard. *Neurolog. Centralblatt* 1890. — Waldeyer. *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1891. — Buckley Bradbury. *British medical journal.* 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civile di Verona. Riparto chirurgico femminile

CISTI OVARICA SUPPURATA

Dott. Guido Turazza, chirurgo primario

(*Continuazione e fine*)

Non la si vide più per 14 mesi e, quasi quasi, si temeva di aver perduta una così interessante osservazione, quando ritornò in nostra cura.

Ora nelle attuali condizioni, la diagnosi scaturiva più piana. Nel ventre c'era mobile un corpo, delle dimensioni di quello punto durante il parto, che altro non poteva essere che la stessa sacca, essendo completamente libero il fornice posteriore. Cadeva l' idea di una pio-

salpingite, poichè difficilmente si sarebbero sciolte le aderenze che la fissavano allo spazio del Douglas, e si pensò a cisti ovarica che, al momento del parto fosse stata pressata dall'utero nello scavo e risalita nella involuzione uterina, prima che potessero formarsi aderenze per la puntura, o rompendo tenui e lasse aderenze, che dopo questa si fossero formate.

Il contenuto doveva essere necessariamente sterile, non avendosi avuti mai fatti infiammatorii.

L'operazione si eseguì la mattina del 10 giugno 1899.

Previa una iniezione di 1 centigr. di cloridrato di morfina si procedette all'anestesia cloroformica, che riuscì pronta con poco consumo di cloroformio. Si pone la donna in posizione di Trendelemburg e si fa una incisione di 15 centimetri lungo il muscolo retto di sinistra. Aperto il peritoneo, attraverso le fibbre divaricate del retto e fissatolo con due punti alle pareti, escono circa 4 litri di siero giallognolo. Il peritoneo tanto parietale come viscerale è leggermente ingrossato e coperto di granulazioni puntiformi, rosee, non sanguinanti. Si estrae agevolmente la sacca cistica, della grandezza di una testa di bambino, appartenente all'ovaia destra, libera da aderenze. La tromba è leggermente ingrossata. Si escide il peduncolo dopo legatura a catena con catgut e legando successivamente tutte le boccuccie vasali beanti. L'ovaia sinistra è ingrossata circa 5 volte il suo volume, ingrossata pure la tromba, per cui si escide nella stessa maniera. Affondati i peduncoli, si asciuga con pannolini la sierosità endo-peritoneale, si spolverizza il peritoneo con circa 3 gr. di polvere di iodoformio, indi si procede alla sutura a strati col catgut del peritoneo, muscolo, fascia, con la seta della cute. L'operazione durò 25 minuti.

Decorso post-operativo.

10 giugno. — Ore 10, dopo l'operazione 36°; 12-36°,5; 16-36°; 20-37°,1; 24-38°,1. È calma, mai ebbe conati di vomito, si lagna di dolori al basso ventre. Uscita spontanea di gaz dall'ano, viene siringata. Clisteri nutrienti.

11 giugno — Ore 4,37°,8-10,37°,5-12,37°,4-16,37°,4-20,37°,9-24,37°,4. Ebbe un leggero sforzo di vomito alle 10 per avere preso due cucchiaini d'acqua, del rimanente sempre tranquilla. Si continua con i clisteri nutrienti.

12 giugno — Ore 4,37° - 10,37°,5 - 12,37°,6 - 16,37°,9-20,37°,7-24,37°,4. Sempre bene. Prende qualche cucchiaio di acqua e di brodo.

13 giugno — Ore 4,37°,3-10,37°,4-16,37°,4-24,37°,1. Si sente bene, ebbe una scarica. Prende brodo e vino.

14 giugno —Ore 4; 37°,2-6,37°. Buonissime condizioni generali.

Da allora la temperatura si mantenne costantemente sotto il 37° e le condizioni della donna nulla mostrarono di anormale.

Il 17 giugno si medica per la prima volta. La ferita è cicatrizzata per prima intenzione, senza alcuna reazione; si tolgono i punti. Dopo 3 giorni, tolta la fasciatura, la cicatrice è solida: si copre con collodion. Condizioni sempre buone. Il 24, munita di apposita ventriera, si alza in perfetto stato di salute. Fra giorni verrà licenziata.

Il cistoma, della comune struttura, conteneva pus e due ammassi costituiti di sottilissimi peli, della grandezza ciascuno di una grossa noce. L'ovaio sinistro era ipertrofico, sclerotizzato, senza formazioni cistiche.

Un fatto di una certa importanza si è quello che, dopo l'ablazione delle due trombe ed ovaje non si ebbe la solita emorragia uterina che tien dietro alle doppie salpingo-ovariectomie. La non funzionabilità dell'ovaio cistico e la sclerosi dell'ovaio sinistro, senza traccie di corpi lutei e di recenti ovulazioni, spiega il fatto. La donna dopo il parto non ebbe più per 15 mesi le sue mestruazioni; le ovaie più non funzionavano quindi mancò la reazione fisiologica che avviene quando si estirpano ovaie funzionanti.

È strana la coincidenza dei lunghi e sottili capelli trovati uniti a materia sebacea, con i due casi sopra accennati del Pastorello e Lovati.

Poco trovo d'aggiungere alla citata osservazione. Troppo alle lunghe si andrebbe e fuori dei limiti d'una semplice nota se si volesse discorrere dei tumori ovarici durante lo stato di gestazione e puerperio. Oltre ai 10 casi osservati da T. Spencer Wells, a quelli citati ed altri lavori ne abbiamo due di recenti del Piana e del Pozza; il primo riporta 4 casi ed il secondo 1 di cistomi operati durante la gravidanza.

A sorreggere l'opinione del Vernicke e del Leopold, che sostengono che la gestazione può trasformare un tumore benigno in maligno, completo una mia osservazione di casistica, pubblicata nel 1895 in questo giornale.

Il 3 settembre 1894 operai di ovariotomia una donna di Monselice, d'anni 41, Temporin Maria, di buona costituzione fisica, che da due mesi aveva avuto un parto normale.

Decorso regolare e guarigione *per primam*. Ecco il riassunto della mia comunicazione. Ciò che è interessante, e non riferito in allora si è che il sacco cistico della grandezza per distensione di un utero da 6 a 7 mesi, nel suo interno conteneva tre masse della grandezza di 5 e grossezza di 3 centimetri, aderenti alla parete verso il picciuolo, d'aspetto lardaceo alla sezione, e che al microscopio dava un ammasso cellulare, con poche fibre, da fare sospettare una forma incipiente di sarcoma parvicellulare. La forma più che manifesta, era sospetta, rimanendo in alcuni tratti la forma istologica della menbrana interna della cisti.

Nel 1895 la donna stava perfettamente bene, come ebbi a riferire. Nell'estate del 1896 rientrò (dopo circa 2 anni) nell'Ospitale di Monselice con versamento pleurico destro, sotto la cura del Direttore medico D.r Gozzo, egregio amico e collega. Fatta una toracentesi uscirono circa 4 litri di siero; le condizioni però peggiorarono, si rifece il liquido rapidamente, tanto che convenimmo con il collega di porre un drenaggio in permanenza, onde impedire gli accessi di soffocazione che si manifestano uno o due giorni dopo ogni successiva paracentesi. Pochi giorni dopo moriva. Alla sezione si riscontrò, ad onta del drenaggio permanente, vasta raccolta sierosa, raggrinzamento del polmone e sarcoma (parvicellulare) di tutta la pleura destra.

Riannodando l'ultima malattia con il cistoma ovarico si può conchiudere come il sarcoma fosse incipiente nel tumore ovarico e probabilmente, datando la cisti da varii anni, influenzato l'inizio dall'ultima gravidanza.

Colle ultime idee sulla genesi dei tumori maligni non si spiega bene quest'influenza segnalata dal Vernicke e Leopold della gravidanza sui cistomi ovarici, sicchè noto questo fatto senza poter discutere, ma come semplice contributo.

Resta ancora incompresa, senza sintomi riconosciuti, la genesi della suppurazione nella cisti ovarica descritta.

BIBLIOGRAFIA

Schröder. *Lehrbuch der Geburtshülfe-Bonn*, 1884 pag. 518. — Lahs. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1878, n. 5. — Lovati *Annali univ. di Medicina*, 1834, LXIX 427. — Pastorella. *Giornale veneto scienze mediche*, 1863, XXI 334. — Mangiagalli. Distocia da idropionefrosi di rene sinistro ectopico. *Annali univ. di Medicina*, 1876 CCXXXV 556. — Spencer Wells. La diagnosi ed il trattamento chirurgico dei tumori addominali. Collezione del *Morgagni* n. 125,26.27 (ginecologia n. 39) pagina 95-1253. — Piana. Tumori ovarici nello stato puerperale. *La Pratica ostetrico-ginecologica* anno I°, n. 6, 7, 8, Milano 1°, 16 aprile, 1° maggio 1898. — Pozza. Contributo all'ovariotomia ecc. *Il Morgagni*, anno XL, Milano, marzo 1898. — Turazza. Ovariotomia. *Riforma Medica*, 1895, Vol. 1, n. 37, pagina 441, IIª colonna.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE BEAUJON DI PARIGI — Prof. Debove

La stenosi dell'esofago

Questo malato, di 48 anni, un intraprenditore di lavori pubblici, s'è presentato al Debove dicendo che da lungo tempo gli alimenti arrivavano difficilmente nello stomaco e che da otto giorni non poteva inghiottir più nulla. Presentatogli, infatti, un bicchier d'acqua, ne bevette una boccata che rigettò a capo di pochi istanti. Egli aveva manifestamente un disturbo della deglutizione esofagea.

Nell'evoluzione del suo male, si poteva distinguere una fase acuta recente ed una fase cronica antica.

La fase acuta, caratterizzata dall'impossibilità di deglutire, è cominciata otto giorni addietro, allorquando il malato stava mangiando del castrato. D'un tratto, un boccone sembrò arrestarsi alla parte inferiore dell'esofago, ed a partire da questo istante, nè i solidi nè i liquidi poterono esser più deglutiti.

Era naturale supporre che vi fosse una stenosi, e che era capitata un'ostruzione con un pezzo di carne mal masticata. Ciò che confermava ancora questa ipotesi, era che il malato affermava avere di già avuto questo stesso accidente, ma non era durato che 24 o 48 ore, dopo le quali la permeabilità del condotto esofageo si era ristabilita.

Se il meccanismo dell'accidente acuto era facile a concepire, quello dell'accidente cronico lo era meno. Per risolvere questa difficoltà, bisognava tener conto del racconto che facea il malato della sua malattia, e poi dei risultati dell'esplorazione fisica.

Il malato dice di aver sempre goduto buona salute, se si eccettuano le sofferenze avute per la dissenteria patita in Indo-China; da quest'epoca le dejezioni sono facilmente pastose, od anco liquide, stato che non pare abbia alcun legame con gli accidenti attuali. Egli non è stato sobrio se non ora. Alle colonie beveva volentieri delle bevande alcooliche, specie l'assenzio, che produssero dei disturbi digestivi. Aveva spesso dei dolori gastrici ed il mattino, a digiuno, vomitava un mezzo bicchiere di liquido pituitoso. È divenuto sobrio dall'inizio degli accidenti esofagei, ma queste sue antiche abitudini intemperanti hanno potuto godere un ufficio nell'etiologia degli accidenti che presenta oggi.

Son 10 anni che gli accidenti esofagei sono cominciati. Da quest' epoca, il passaggio di tutti i boli è accompagnato da una sensazione penosa, e, se essi sono mal masticati, sono vomitati pria di penetrare nello stomaco mai è stato ributtato il contenuto gastrico. Questi fenomeni si son verificati in ogni pasto. Tale è l' insieme dei disturbi funzionali.

Vediamo ora ciò che fornisce per la diagnosi il cateterismo. Questo è stato praticato con una sonda di balena, munita di olive di varia grossezza. Il cateterismo deve venir praticato con estrema dolcezza, poichè se si fa una falsa via, se si rompe la stenosi, specie nell'epitelioma, l' esito è fatale. Questo mezzo d'indagine fece costatare al D e b o v e, alla parte inferiore dell'esofago, a livello del cardias, una stenosi sulla quale veniva ad urtare l'oliva. Si dovea allora tentar di sorpassarla e poi di dilatarla? Se si fosse trattato di una stenosi cancerosa, ogni tentativo di tal genere avrebbe prodotto la rottura; ma la lunga durata della malattia, avendo fatto eliminar questa diagnosi, suggerì di vincere l'ostacolo con l' oliva più piccola, così che alla terza seduta si potè passare alla più grossa.

Fin dalla prima seduta, la deglutizione dei solidi e dei liquidi fu possibile, poi divenne facile, ed il malato si diede a bere ed a mangiare a tal segno che a vista d'occhio si vide migliorare il suo stato generale.

Qual'era allora la natura di questa stenosi? Due diagnosi parevano potere essere solamente discusse: quella della stenosi spasmodica e quella della stenosi cicatriziale. Un giovane medico, che esaminò il malato, ammise che si trattasse di stenosi spasmodica. Però il D e b o v e non credette di dovere accettare quest' opinione, perchè il soggetto non presenta alcuna specie di stimmata nervosa, perchè è inverosimile che uno spasmo nervoso duri dieci anni senza alcuna interruzione, perchè, infine, si constatò a livello del cardias una stenosi che si potè dilatare progressivamente.

Se questa stenosi è cicatriziale, qual'é allora l'origine di questa cicatrice? Essa non è consecutiva ad una scottatura, perchè il malato non ha giammai ingerito alcun liquido caustico. Essa pare potere essere attribuita ad un' ulcera dell'esofago o dello stomaco, sviluppata nella regione del cardias.

Il racconto del malato prova, infatti, che ci fu gastro-succorrea caratterizzata dai suoi vomiti mattutini; di più egli ha avuto delle crisi gastriche sopravvenienti due ore dopo il pasto e che sembrano essere state delle crisi d'iperclorìdria. Infine, profittando da che il passaggio della sonda è divenuto facile, il D e b o v e ha fatto fare un pasto di prova ed ha trovato un' ipercloridria manifesta (2,30 0|00).

Tali sono le ragioni che hanno fatto diagnosticare una stenosi cicatriziale, pur ammettendo che lo spasmo godesse qui un certo ufficio, come capita sempre nella stenosi pei condotti che hanno una parete muscolare. Così questo malato aveva delle variazioni nella sua disfagia, inghiottiva bene i primi bocconi, sopportava meglio i liquidi caldi ecc.

Le stenosi cicatriziali dell'esofago sono molto elastiche; esse si lasciano facilmente dilatare senza rottura, allorchè si è introdotto un conduttore e si è sicuri di non far falsa strada, si può, innestando su esso delle olive di diversi diametri, produrre una dilatazione rapida. Ma queste stenosi si riformano facilmente.

Per non assoggettare questo malato a farsi passare costantemente delle olive da un medico, il D e b o v e gli consigliò di introdurre ogni giorno la più grossa delle sue sonde esofagee.

Esse sono di caoutchouc sufficientemente rigido per essere spinte, ed assai flessibili per non esporre ad alcun trauma. Esse non potrebbero servire a dilatare una stenosi, ma possono mantenere i risultati della dilatazione. (*La Mèdecine moderne*, n. 54, 19 luglio 1889).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

Seduta del 22 luglio 1899

***Pitres*. Sulla tensione dei liquidi ascitici.** — Si é servito per tale esplorazione di un manometro a mercurio. I risultati sono pressocchè simili a quelli ottenuti da G i l b e r t e W e i l La misurazione media ha oscillato fra 0,12, - 0,14 millimetri. La respirazione influisce sulla tensione, talora le oscillazioni sono molto marcate in principio e diminuiscono progressivamente di ampiezza, talora si ha il fenomeno inverso, e ciò alla fine della paracentesi quando si notano le grandi oscillazioni.

***Gilbert*. Sindromi della ipertensione portale e dell'ipotensione arteriosa nei cirrotici.**—Nei cirrotici venosi esiste una ipertensione portale. Messa in contrapposto la ipotensione arteriosa con l'ipertensione portale, é permesso di porre insieme dal punto di vista fisio-patologico alcuni sintomi delle cirrosi venose, fin qui non classificate metodicamente. Questi sintomi si riferiscono alcuni alla ipotensione arteriosa, altri alla ipertensione portale. L' ascite, la tumefazione congestiva della milza, le emorroidi, le varici gastro-esofagee, le emorragie esofagee, gastriche ed intestinali, lo sviluppo delle vene sottocutanee addominali, sono in dipendenza della ipertensione portale.

La sindrome della ipotensione arteriosa, d'altra parte è costituita dalla ipotensione medesima con-

statata collo sfigmomanometro, dalla tachicardia, e dalla oliguria.

Letulle. **Mughetto bucco-faringeo.**—Ha studiato la distribuzione anatomo-patologica dell'*oidium albicans*, e ha visto che i filamenti sorti dal micelio si infossano spesso ad una profondità notevole, e penetrano nel corpo mucoso di Malpighi; mentre che le forme arrotondate serpeggiano la faccia dell'epitelio, rispettando il derma.

Letulle. **Respirazione periodica in un cardiaco.**—In un cardiaco osservato da Letulle si aveva il seguente ritmo respiratorio simile a quello di Cheyne-Stokes. Si aveva in principio una polipnea intensa di una durata di 45 a 50 secondi, poi un periodo discendente che oscillava da 10 a 11 secondi, e infine una apnea completa della durata di 20-25 secondi. Tale ritmo non è variato da due settimane.

Bezançon e Griffon. **Artrite sperimentale da pneumococco.** — Sono riusciti a determinare sperimentalmente delle artriti da pneumococco producendo una infezione generale senza intervenire col traumatismo articolare. Ciò lo ottenevano inoculando al coniglio un pneumococco attenuato, ovvero rendendo l'organismo dell'animale relativamente refrattario, vaccinandolo incompletamente. Le artriti apparivano tardivamente e talora in modo acuto, talora erano subacute e croniche. Questi fatti confermano quella legge della patologia generale, secondo la quale i microbi attenuati si localizzano volentieri sulle diverse sierose e specialmente sulle sierose articolari.

Dominici. **Iniezioni sperimentali. Reazione della milza e della midolla ossea.**—Producendo nei conigli adulti una setticoemia lieve ha constatato nel sangue delle modificazioni rappresentate da una polinucleosi a elementi neutrofili ed anfofili e la migrazione di emazie nucleate. Tali corpuscoli provenivano dalla midolla ossea; il sangue; si distruggeva simultaneamente in un medesimo organo: la milza. Esiste una correlazione tra la distruzione dei globuli polinucleari e delle emazie da una parte e la batteriolisi dall'altra, fenomeni connessi producentesi in seno dei gigantofagociti.

Férè. **Influenza del bromuro di potassio sulla evoluzione dell'embrione.**—L'iniezione di una certa dose di bromuro di potassio nell'albume dell'uovo di pollo non porta alcun pregiudizio sensibile allo sviluppo ulteriore dell'embrione.

Lyonnet e Guinard. **Azione fisiologica del metavanadato di soda.**—Il metavanadato di soda iniettato a dosi deboli negli animali provoca un aumento di peso. Iniettato per le vene e a dosi tossiche si osservano dei disturbi respiratorii, e anche delle convulsioni.

Il cuore infine si arresta. La dose tossica media del metavanadato di soda in iniezioni intravenose è di 0,036 milligrammi per chilogrammo di animale. Sembra che esso agisca attivando le ossidazioni.

Pompilian. **Dissociazione funzionale dell'orecchietta e del ventricolo.** — Ha osservato nella clinica di Charrin un caso clinico di dissociazione funzionale dell'orecchietta e del ventricolo accompagnato da ritmo particolare con alternative di abbassamento e di elevazione della pressione sanguigna.

Ettlinger e Nageotte. **Sulle fibre discendenti dei cordoni posteriori della midolla nella regione lombo-sacrale.** — In due casi di lesioni trasversali della midolla hanno osservato nei cordoni posteriori presso il rigonfiamento lombo-sacrale una degenerazione discendente speciale, limitata specialmente al fascio discendente mediano che non appare come fascio conglomerato che a livello della 5º lombare, indi aumenta di volume e al di sotto del 3. paio sacrale prende la forma del triangolo di Gombault e Philippe.

Auchè e Chavannaz. **Lesioni renali per iniezioni intraperitoneali di liquido di cisti ovarica.** — Iniettando nel peritoneo dei conigli dei liquidi asettici di cisti ovariche hanno ottenuto due ordini di lesioni renali; delle lesioni parenchimatose e delle lesioni di sclerosi. Le prime sono le più frequenti ed esistono spesso sole; le seconde coesistono con delle alterazioni epitellali.

Haushalter e Spillmann. **Alterazioni della midolla ossea nel corso delle infezioni, nei bambini e negli animali giovani.** — In questo lavoro gli autori confermano le ricerche anteriori di Roger e Josuè.

Movimento biologico universale

1. Bra ha studiato « **i nectria parassiti del cancro degli alberi.** » Questi parassiti hanno molte analogie nelle loro colture con quelle del fungo parassita del cancro umano. Ha inoculato alberi con colture del parassita umano, ed inversamente dei conigli con il parassita degli alberi, ed ha visto in entrambi i casi la produzione di alterazioni cancerose. Anco la proprietà delle tossine é simile. (*Acadèmie des sciences*, 10 luglio 1899).

2. Pollitzer trattando della « **natura dello xantoma** » dice che lo xantoma palpebrale volgare non é un neoplasma ma un prodotto di degenerazione di fibre muscolari embrionalmente ettopiche; esso non ha alcuna relazione con lo xantoma tuberoso disseminato e lo xantoma dei diabetici che sono neoplasmi connettivali su cui può innestarsi un processo di degenerazione. Lo

xantoma generalizzato è l'effetto di un processo irritativo. (*New-York medical journal* n. 1076, 15 luglio 1899).

3. CHAVANNAZ riferisce un caso di « **osteosarcoma costale, estirpazione, apertura accidentale del pericardio in una donna** », che ha subito, 3 anni prima, la resezione del mascellare superiore sinistro per sarcoma di quest'ossa: guarigione. Dice che questo è un esempio di decorso lento d'un sarcoma embrionario del mascellare superiore e fa notare che la resezione dell'osso affetto ha prodotto una guarigione locale che non s'è smentita nemmeno dopo 3 anni. Nonostante la piccolezza del tumore costale s'è servito di un largo lembo per asportarlo completamente e bene. Nel caso presente, l'apertura del pericardio gli è sembrata puramente accidentale. L'intervento attivo e generoso, che ha adoperato gli fa sperare forse una guarigione definitiva o una sopravvivenza prolungata, benchè, in generale, la prognosi di questi sarcomi toracici dev'essere riservata, sia per le conseguenze lontane che per quelle immediate agli interventi. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n. 58, 20 luglio 1899).

4. MUGNAI riferisce un caso di « **estirpazione completa del ganglio di Gasser per nevralgia del trigemino** ». I dolori scomparvero dopo l'operazione. (*Il Policlinico*, n 14, 15 luglio 1899).

5. KRUMM, a proposito della « **lussazione abituale della articolazione della spalla** », afferma che, essendo riusciti vani tutti i tentativi di cura incruenta, il migliore mezzo si è quello di ricorrere alla cura radicale alla Dehner. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 30, 25 luglio 1899).

6. HASEBROEK si occupa della « **cura consecutiva delle distorsioni della articolazione del polso, del ginocchio e del piede.** » Tale cura consiste specialmente nella applicazione di speciali apparecchi ortopedici, i quali mentre impediscono i movimenti esagerati della articolazione lussata, permettono il moto regolare e facilitano la guarigione definitiva (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 30, 28 luglio 1899).

7. KOLLMANN riferisce un caso di « **lussazione traumatica dell'anca** » osservata in una donna di 70 anni. È importante poichè la lussazione, come fatto raro, in luogo di farsi all'esterno si ebbe all'interno (*Münchener medicinische Wochenschrift* n. 30, 25 luglio 1899).

8. BAR riferisce i « **risultati di 100 parti provocati nei casi di angustia pelvica** »: su 101 bambini 86 sopravvisero. Nei bacini di cm. 7-8 la mortalità infantile è del 53 0|0. Nei bacini di cm. 8-9 la mortalità è del 21,95 0|0. Nei bacini al di sopra di cm. 9 la mortalità è dell'8,69 0|0. I risultati sono meno buoni nelle primipare. (*Société d'obstétrique de Paris*, 6 luglio 1899).

9. BAR riferisce un caso di « **rottura incompleta dell'utero.** » C'era un trombo estendentesi sino al rene. Si praticò la laparotomia e l'ammalata guarì. (*Société d'obstétrique de Paris*, 6 luglio 1899).

10. VIGNES descrive un caso di « **cancro molle, cefalico della congiuntiva bulbare** », che ebbe occasione di osservare in un uomo di una cinquantina di anni, il quale era stato venticinque anni addietro sifilitico, ma si era sottoposto già fin dal principio ad una cura specifica esatta. Dapprincipio, l'oftalmia fu presa per una forma blenorragica o tracomatosa, ma osservato attentamente si notò una ulcerazione sul cul del sacco congiuntivale superiore che aveva tutti i caratteri di un cancro molle. (*La Presse médicale*, n. 57, 19 luglio 1899).

CHIRURGIA MODERNA

LA URETERO-CISTO-NEOSTOMIA

Quest'operazione si propone di ristabilire il corso normale dell'urina, trapiantando l'uretere leso in un punto abnorme della vescica. È indicata come mezzo di cura delle fistole uretero — vaginali ed uretero — uterine, consecutive ad atti operativi, ed in generale in tutte le fistole dell'ultimo tratto dell'uretere, quando vi sia lunghezza sufficiente per poterlo impiantare nella vescica. Anche le anomalie di sbocco dell'uretere sono un'indicazione onde porre rimedio all'incontinenza dell'urina. I tumori della vescica, interessanti lo sbocco dell'uretere possono richiedere, dopo la resezione della parete vescicale, comprendente il tumore, l'impianto dell'uretere in un punto abnorme della vescica. Una stenosi uretrale, congenita od acquisita, che risieda al colletto inferiore, può essere curata radicalmente con la resezione del tratto stenosico e l'impianto del moncone centrale, sovrastante al restringimento, sulla vescica stessa. Anco calcoli incastonati nell'ultimo tratto possono costituire una indicazione.

Il Poggi nel 1887 per il primo ebbe l'idea di trapiantare l'uretere in un punto abnorme della vescica; De Paoli e Busacchi nel 1888 eseguirono l'innesto sperimentalmente nel cane. Racidmonsky e Tizzoni avevano notato però dopo l'operazione restringimento dell'uretere in corrispondenza del nuovo sbocco. Ma già Lannelongue, Hegar, Westermark avevano fatto dei tentativi di anastomosi uretero-vescicale. D'allora sono state riferite delle osservazioni da Davenport, Baumm, Bois d'Aurillacc,

Novaro, Bazy, Rouffart, Peurose, Kellyr Krug, Krause, Pozzi, Tuffier, Baldy, Prince, Veit, Olshausen, Vitzel, Westermark, Routier, Thires, Calderini, Delageniere, Chalot, Israël, Sänger, Amour, Pestalozza, Bertazzoli; quasi tutti gli operati guarirono tranne uno dell'Olshausen ed uno del Krause. Per via vaginale quest'operazione è stata anco eseguita da Tuffier, Albarran, Wölfler, Colzi, Tauffer, Emmet, Bois, Boari, Calderini, Pestalozza, Chalot, Bertazzoli.

Così l'uretero cisto-neostomia è divenuta operazione classica, chiamata a riparare una deformità nel modo più diretto.

Nella cura della fistole renali si può intervenire differentemente.

La nefrectomia però non è da seguirsi in primo tempo, poichè toglie un organo troppo importante all'esistenza: la sola indicazione che potrebbe giustificare la nefrectomia è lo stato infetto del rene.

Ma in certi casi, quand'anco esista un'idronefrosi o pionefrosi dipendente da uno scolo insufficiente di urina per restringimento cicatriziale dell'orifizio fistoloso, con un trapiantamento dell'uretere nella vescica si possono migliorare le condizioni del rene (Durante, Bazy, Rouffart). La nefrectomia è da rigettarsi nella cura delle fistole uretero-vaginali ed uretero-uterine.

Le operazioni plastiche dalla via vaginale furono già praticate da molto tempo e talvolta con successo (Simon, Landau, Lannelongue, Bandl, Schede, Pozzi, Geylarie, Mackenrodt, Pestalozza, Acconci, Dührssen, Winckel, Mayo. Bastianelli). A questi processi di plastica vaginale si deve ricorrere ogni qual volta l'orifizio dell'uretere possa essere mobilizzato; essi hanno il vantaggio di essere eseguiti per completo extra-peritonealmente; ma se il tentativo per la vagina ha fallito, o si dimostri pericoloso, per la facilità di restringere l'orifizio di sbocco ureterale, allora si deve dar la preferenza all'uretero-cisto-neostomia per la via addominale.

Poco vi è da dire sulla *colpocleisis* nella cura delle fistole uretero-vaginali, usata da Vidal de Cassis, Simon, Martin, Kehrer, Gusserow, Kaltenbach. Ma questo metodo di cura deve esser rigettato, poichè ad una deformità ne aggiunge un'altra, pericolosa ed insopportabile.

L'innesto dell'uretere nell'intestino è stato fatto da Chaput per fistola ureterale e dal Roux.

La legatura asettica dell'uretere conduce all'atrofia del rene corrispondente, e quindi non è mezzo di cura fisiologico di una fistola ureterale.

Il Guyon l'ha proposto in sostituzione della nefrectomia; e poi è stato usato con successo da Ortmann in un caso d'idronefrosi per anomalia di sbocco dell'uretere nella parete vaginale. Ma questa terapia è da consigliare sol quando si è sicuri che il rene non segreghi più.

In conclusione le operazioni di plastica vaginale sono da tentare qualora non esistano aderenze. Nelle fistole congenite la via vaginale costituisce il metodo di scelta, purchè non s'impianti un uretere con orifizio ristretto, la qual cosa conduce a complicazioni renali. La nefrectomia va rigettata; solo è giustificata nel caso di lesioni infettive acute ed estese. La *colpocleisis* non trova indicazione se non quando lo stato generale non permetta un'operazione più grave, ovvero esistessero dei dubbii sull'integrità dell'altro rene. Quando la perdita di sostanza dell'uretere sia molto estesa, il Boari consiglia di ricorrere al metodo plastico da lui sperimentato; solo, in caso contrario, si potrà ricorrere in donna anziana, in cui il rene opposto sia sospetto, alla *colpocleisis;* in donna giovane, in cui il rene opposto sia sano, alla nefrectomia. La nefrectomia è quindi l'ultima risorsa, anco dopo la *colpocleisis*. L'ideale è l'innesto dell'uretere nella vescica, (uretero-cisto-neostomia), che è la migliore operazione plastica e riparatrice.

La uretero-cisto-neostomia è operazione di data recente, già eseguita da molti con metodi diversi, che dal punto di vista della medicina operativa possono così dividersi: metodo transperitoneale, intraperitoneale, extraperitoneale, transvescicale o sovrapubico, sottopubico, vaginale, uretrale, sacrale.

Del metodo transperitoneale esiste il processo del Novaro, con il quale quest'autore guarì due infermeeil processo del Monari. La via transperitoneale fu seguita da maggior parte degli operatori che più o meno la modificarono.

Il Bazy ha eseguito l'operazione per completo intraperitonealmente; ad essa egli diede il nome di uretero-cisto-neostomia. Si fa la laparotomia, si cerca l'uretere e s'incide, si apre la vescica in un punto vicino all'estremità inferiore dell'uretere e si unisce l'orifizio ureterale al vescicale mediante 2-3 strati di sutura in seta; s'introduce una sonda Nèlaton n. 13 nell'uretere per condur fuori l'urina durante il corso dell'operazione ed una seconda sonda in vescica. Questo processo ha dato buoni risultati a Bazy, Routier, Krug, Poirriere, Pozzi, Schwartz, Delageniere, Baldt, Krause. Il processo del Baldy consiste nell'attrarre dentro la vescica, per suturarvelo, mediante tre fili di catgut il moncone periferico dell'uretere, attraverso ad una incisione vescicale di cm. 1,5. Il Rüdinger ha proposto di involgere l'uretere in una ripiegatura della mucosa vescicale. Il Rouffart per rendere più facile l'innesto, ricorre ad una sonda, analoga a quella del Pawlick, munita di due alette laterali.

Il Boari ha applicato il bottone anastomotico, ed il suo metodo è stato adoperato con successo, anco dal Calderini, Pestalozza, Bertaz-

zoli, Chalot. La tecnica è molto simile a quella usata per l'impianto dell'uretere sull'intestino. Si fa la laparotomia; si cerca l'uretere leso incidendo per cm. 2-3 anco il peritoneo parietale posteriore; si isola l'uretere per un tratto; si dispone un laccio verso l'estremità che immette nella fistola e si reseca al di sopra del laccio. Disposte alcune compresse di garza nel cavo del Douglas, si sceglie un bottone, adatto al calibro dell'uretere, si invagina l'estremità di questo sul tubo e vi si ferma con un giro di seta sottile; si abbassa la piastrina mobile fino a portarla a combaciare con quella sottostante, e si introduce per il foro, che si trova nel tubo, uno stiletto di acciaio di calibro proporzionato, che serve per tenere compressa la molla e come sostegno del bottone. Con ago fine da sutura intestinale, montato in catgut od anco in seta sottile, si circoscrive sulla parete vescicale il punto su cui deve cadere l'innesto con una linea ovale di sutura continua ed in quest' area, così circoscritta, si pratica un'incisione longitudinale, sufficiente a lasciar passare la porzione larga del bottone. L'operatore avvolge i due capi del filo a nodo chirurgico e stringe, finchè tutta la linea di sutura si raccoglie in pieghe, addossandosi al tubo centrale del bottone. In questo momento lo stiletto viene tolto, mentre con un nodo si fermano i tessuti attorno al bottone. La molla del bottone, per la sua elasticità, porta a contatto la parete vescicale con quella dell' uretere. Per rendere più solida l'aderenza, è bene, con alcuni punti, di fissare il tessuto peri-vescicale con il peri-uretrale tutto all'intorno, o meglio limitarsi a comprendere nella sutura a borsa la sola mucosa vescicale, e quindi ribadire, al di sopra del punto innestato, due lembi formati dalla muscolare, per un tratto di cm. 2, al di sopra dell' uretere. Operato l' innesto si può renderlo extra-peritoneale, secondo il metodo del Novaro, scollando il peritoneo vescicale, dal pube fino in corrispondenza del punto dell'innesto, e per il tragitto così formato passando un drenaggio di garza sterile; ovvero si può affondare direttamente, accontentandosi di disporre una striscia di garza, che dall' angolo della ferita arrivi fino al punto d'innesto.

Il bottone vien tolto facilmente dall'uretra, previa dilatazione della medesima, ovvero per mezzo di un filo legato alla base del bottone, prima di fare l'innesto, e per l'incisione vescicale condotto fuori dell'uretra.

L' innesto dell' uretere nella vescica può compiersi ancora extra-peritonealmente, lungo il margine esterno del retto addominale (Rouffart), attraverso ad un taglio parallelo al canale inguinale (Witzel); la via extra-peritoneale è stata ancora seguita da Amour, Kelly, Peurose Israël, Rüdinger. Quest' ultimo autore propone la uretero-cisto-neostomia mediante il taglio dello Israël, che permette di esaminare l'uretere in tutto il suo percorso (taglio che dalle ultime coste discende in basso fino alla metà del legamento del Poupart).

Del metodo soprapubico transvescicale si possiede il metodo del Bazy, utilizzato da Machenrondt, Albarran, il processo dell' Albarran il processo del Colzi.

Con il metodo vaginale il Mayo potè realizzare una vera uretero-cisto-neostomia.

La via uretrale è stata seguita da Wölfler e da Bois in casi di anomalia di sbocco di ureteri.

Il Kraske ha seguito anche la via para-sacrale, ma essa è eccessivamente lesiva, e lo spazio che concede non è molto sovratutto per la direzione dell' uretere e per le manovre delicate richieste dalla sutura. La sacrale è stata pure eseguita dallo Schede.

Ma quale è il limite massimo di perdita di sostanza dell' uretere che permette ancora di innestare il capo centrale sulla vescica? L' uretere è distensibile, e le nozioni sulla vitalità e circolazione sanguigna (Durante, Margarucci), permettono d'isolarlo per un certo tratto, in modo che si possa guadagnare qualche centimetro in lunghezza. Il Kelly, inoltre, ha insegnato a render mobile la vescica, staccandola dalle sue connessioni con il pube ed attirandola verso l' uretere. Ma vi son casi in cui malgrado l'artifizio di Kelly l' uretere non può essere ravvicinato sufficientemente alla vesciva.

Per questi casi pria di ricorrere alla nefrectomia è da applicarsi il metodo del Boari, che consiste in ciò che dalla parete vescicale anteriore si diseca un lembo, con base verso l' alto, si rovescia, e al di sopra di una sonda a permanenza si foggia a canale ed all' estremo s' impianta l' uretere. Con questo metodo si può arrivare a plasticare tutto il terzo inferiore dell'uretere.

Se anco con tale processo di uretero-plastica non si arriva a correggere il difetto, non rimane più che la nefrectomia o l'innesto intestinale, che Chaput e Roux utilizzarono in casi di fistole ureterali.

BIBLIOGRAFIA

Pozzi. *Riforma Medica* giugno, 1897.—De Paoli e Busacchi. Cong. di Pavia, 1888.—Rüdinger. *Langenbeck's Archiv*. Bd. 48, 639. — Novaro. Acc. di Sc. med. di Bologna, 19 marzo 1899. — Bary, Com. Acad. de méd. 7 nov. 1893. — Durante II° Congr. ital. di chirur. — Schede *Centr. f. Gyn.* 1877-1881. — Pozzi. *Tr. de gyn.* pag. 934. — Mackenrodt. *Wien. med. Woch.* 1895. — Krause. *Centr. f. Chir.* n. 9 1895. — Rouffart. Acc. de mèd. de Belgique, 1894. e *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, 1895. — Boari. *Il Policlinico*, 2. 12-14, 15 giugno e 15 luglio 1899. — Colzi. *Lo sperimentale*, 1895.—Albarran. Des tumeurs de la vessie, Paris. 1892.

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA
DELLA TUBERCOLOSI

1. *Keim* presenta un caso di **gemellità e malformazione in rapporto con l' eredo-tubercolosi.** C' era idramnios considerevole, placenta univitellina; i bambini erano dello stesso sesso: c' era principio di amputazione congenita in un arto inferiore di essi. La gemellità e le mostruosità sono identificabili. (*Societè d' obstètrique de Paris*, 6 luglio 1899).

2. *Brindeau* presenta **un caso di tubercolosi congenita.** Il neonato pesante gr. 2150, avea cianosi, e morì in 12 giorni. I polmoni erano infarciti di gomme, con cellule embrionarie. Nel fegato esistevano dei noduli con bacilli tubercolari. La tubercolosi qui pare di origine ematica. (*Société d'obstetrique de Paris*, 6 luglio 1899).

3. *Fernet* studia **una sindrome particolare all'inizio della tubercolosi pulmonare cronica.** Fin dall' inizio della tubercolosi pulmonare cronica, vi ha oltre all'infiltrazione dell'apice, una adenopatia tracheo-bronchiale od un ingorgo della parte inferiore del polmone del lato corrispondente. La clinica permette di costatare tre focolai di segni fisici che sono in rapporto con queste alterazioni. (*Sociètè mèdicale des hôpitaux*, 21 luglio 1899).

4. *George D. Barney* si occupa **dell'etiologia e della cura della tubercolosi.** Egli ritiene che i due grandi fattori della tisi sono: la presenza dei bacilli tubercolari nelle cellule dei tessuti, ed il potere di resistenza dell' organismo. Le condizioni di curabilità sono: l' assenza di predisposizione ereditaria. la diagnosi precoce della malattia, il potere di resistenza dell'organismo, lo stato organico del paziente, la facile occorrenza dell'emottisi, la naturale tendenza alla metamorfosi fibrosa più che alla caseosa dell' essudato. La cura deve mirare a distruggere od impedire lo sviluppo dei bacilli nell'organismo, a favorire la nutrizione generale. (*New-York medical journal*, n. 1076, 15 luglio 1899).

5. *Charles F. Mc. Gahan* all'associazione climatologica americana propone che le **fumigazioni antisettiche degli appartamenti occupati dai tubercolotici,** come mezzo di salute pubblica, sieno fatte sotto il controllo municipale. Egli spera che così si possa avere uno scrupoloso e serio servizio di disinfezione. (*New-York medical journal* n. 1076, 15 luglio 1899).

6. *B. P. Anderson* ha sperimentato **le altitudini intermedie per i tisici.** Egli nota che spesso questi malati non traggono nessun vantaggio dal rimanere in montagne assai alte. Ritiene che spesso la maggiore o minore altitudine ha sola una importanza individuale, in quanto che i suoi effetti variano nei diversi malati. In generale però Anderson crede che sia preferibile un altitudine media, che concede all'ammalato di trattenervisi tutto l'anno e di passare la maggior parte del giorno all'aperto. (*The Therapeutic Gazette* n. 7, 15 luglio 1899).

7. *Barrier*, alla *Société centrale de médecine vétèrenaire*, ha trattato del **contagio della tubercolosi dall'uomo al cane e dal cane all' uomo,** e ha riferito l'osservazione di un cane di 11 anni, che nei 6 mesi prima di morire presentò diarrea e vomiti ribelli. All'autopsia si trovò, specialmente, una grave tubercolosi del fegato. Richiama l'attenzione sui pericoli di contagio, cui può dar luogo un cane tubercolotico.

FORMULARIO

Brissemoret. — **Formula di conserva di china**

Caffeina.	gr.	3
Estratto di china	»	12,50
Acido citrico	»	2
Tintura di vainiglia	»	0,50
Alcolatura di scorze di cedro. .	»	2
Rhum	»	40
Sciroppo di zucchero	»	150
Gelatina	»	10
Glicerina	»	40
Acqua	»	90

da prendere una punta di coltello al giorno.

Eid. — **Contro il mal di mare**

Idroclorato di cocaina Estratto tebaico	ana ctgr.	1
Altea polverata	q.	b.

per 1 pillola, di tali n. 10.

Una ogni 2 ore. Tre o quattro bastano per solito allo scopo.

Parent. — **Gargarismo al cianuro di mercurio**

Cianuro di mercurio	gr.	0,5
Decozione di altea	»	500

Fa sciogliere. Da adoperare contro le ulcere sifilitiche della cavità orale. Gargarizzare 5, 6, volte al giorno.

NOTIZIE E VARIETA'

Il vegetarianismo

Con la denominazione di dieta vegetariana intendiamo quella dieta dalla quale è escluso soltanto la carne degli animali da macello. Havvi una forma rigorosa di vegetarianismo, che esclude anche il latte, il burro, il formaggio, le uova, ma

una simile dieta sarebbe molto insufficiente ed il medico non potrebbe in nessun caso prescriverla.

Stabilire le indicazioni della dieta vegetariana non è cosa facile, giacchè essa non é fondata su basi così sicure, da permettere un giudizio scientifico, e l'empirismo v'ha una gran parte. Secondo la maggior parte di quelli che si sono occupati di questo argomento il miglior effetto della detta dieta deve aspettarsi in quasi tutte le malattie croniche; ma intanto chiunque ha acquistato esperienza in questo campo, sa come spesso le aspettazioni falliscono. Ma è uso di non pubblicare gli insuccessi, e la forza della suggestione fa sì che un risultato favorevole viene elevato a paradigma, seguendo il quale ognuno si crede in dritto di sperimentare.

F. A. Hoffmann fa osservare che non dobbiamo figurarci il vegetarianismo come qualche cosa di semplice e di bene stabilito per la nostra alimentazione, come i profani facilmente credono. La dieta vegetariana può essere tanto molto ricca di albumina, quanto molto povera, può essere grassa e magra, e quindi si possono ottenere diversi effetti da questa dieta. Se uno si domanda quali sono i suoi vantaggi, bisogna che tenga conto di momenti diversi che nelle altre specie di dieta. La dieta vegetariana è sopratutto voluminosa e difficilmente assimilabile e richiede perciò un' attività digerente completamente normale, per conservare la quale è necessario il movimento all'aria libera. Ultimamente si è cercato di spiegare i vantaggi della dieta vegetariana facendo rilevare che essa fornisce all'organismo in forma naturale i sali di cui esso ha bisogno, come i sali di soda e di calce, e sotto questo riguardo la dieta in parola è stata vantata nel rachitismo e nella malattia di Barlow. Un altro vantaggio che i vegetariani si ripromettono è che l'organismo viene sottratto dall'influenza nociva dei prodotti di ricambio della carne. Ma tutte e due questi punti di appoggio del vegetarianismo non hanno nulla di solido, perchè da una parte nulla di certo sappiamo sullo stato in cui i sali si trovano nei vegetali e che dai vegetariani si suppone più favorevole all' assimilazione, e dall'altra parte non è dimostrato che i corpi albuminoidi della carne dieno prodotti di scomposizione più nocivi della caseina e dell'albumina vegetale.

Qualche cosa di più determinato si incontra quando si vogliono discutere i vantaggi del vegetarianismo mettendo in confronto le condizioni che esso crea nel canale intestinale, con quelle che vi crea la dieta carnea. È innegabile che quest' ultima dà maggiormente luogo a fenomeni di putrefazione. Si è da molti fatto rilevare, specialmente da autori francesi, che volendo eseguire la disinfezione intestinale si raggiunga lo scopo meglio con la dieta lattea, anzichè con tutti i disinfettanti della farmacia.

Ora la dieta vegetariana è a questo riguardo molto affine alla lattea. Così è sorta anche l' idea che la dieta vegetariana sia una dieta che preservi il fegato dalle tossine, e quindi essa è stata proposta, insieme alla dieta lattea, nella cura delle malattie epatiche, specie delle cirrosi, ma con pochi risultati pratici.

Nelle malattie cardiache, quando ci sono gravi fatti di stasi, come è indicata la dieta lattea, trova applicazione anche la vegetariana. Nelle malattie renali con complicazioni da parte del cuore è stata pure proposta la dieta vegetariana, ma senza grandi vantaggi. Partendo da idee astratte, si è supposto che il vegetarianismo possa essere un mezzo per risparmiare l'attività dello stomaco, poichè l'acido cloridrico è utilizzato in prima linea per la digestione della carne. Ma questa supposizione è erronea, perchè la dieta vegetale per il suo grande volume esaurisce le forze motrici dello stomaco, e dall'altra parte l'acido cloridrico è sempre necessario per la digestione degli albuminoidi vegetali.

Secondo Hoffmann i casi in cui può essere veramente con vantaggio prescritta la dieta vegetariana sono i disordini che si hanno nell'isterismo, nella neurastenia e dopo gravi malattie infettive, e specialmente le nevralgie. Non v'ha alcun dubbio che alcune nevralgie si esacerbano con l' uso della carne.

In secondo luogo giova la dieta vegetariana nella polisarcia con stitichezza. Anche nei diabetici polisarcici, abituati ad un poco di moto, può essere indicata la dieta vegetariana per un paio di settimane.

Conchiude l'Hoffmann che la dottrina del vegetarianismo merita di essere profondamente studiata, ma non su di un materiale fornito dal semplice empirismo o dalla *réclame*, bensì allo scopo di apprestarle un fondamento solido scientifico.

GAZZETTINO

NAPOLI. *Comitato per la lega contro la tubercolosi.*—Questo comitato locale ha pubblicato un manifesto al paese per interessarlo all'opera, ed ha redatto istruzioni popolari per la cura e la profilassi della tubercolosi.

ROMA. *Le cure climatiche appenniniche.* — Il R. ispettore generale dell'esercizio delle strade ferrate, d'accordo con la Società delle ferrovie del Mediterraneo, ha disposto perchè sia applicata la riduzione del 50 per cento pei viaggi da Roma a Segni e ritorno delle squadre di bambini inviati alle cure climatiche dal Comitato della Colonia Appennina di Roma.

CIVITAVECCHIA. *La colonia marina « Virginia Nathan ».* — Demmo notizie giorni fa della prima

colonia marina delle donne anemiche, alla quale fu giustamente dato il nome di « Virginia Nathan ».

Ci viene oggi comunicato che anche il governo — benchè in limitata misura — ha voluto contribuire all'invio delle nove donne inferme a Civitavecchia. accordando la spesa di viaggio a metà costo. Ad ogni modo ciò prova che la nuova opera pia incontra le sue simpatie.

Altri uomini eminenti si sono adoperati per la riuscita di questa istituzione, unica in Italia di tal genere, e notiamo primi tra questi i professori Mazzoni, Padula e Pardo.

BARI. *Per le sepolture.*—Il prefetto, in seguito al rapporto del medico provinciale il quale ha constatato che nella maggior parte dei sepolcri privati del nostro cimitero, le tumulazioni non sono fatte secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria, ha vietato che nei sepolcri anzidetti si possano più eseguire tumulazioni, a cominciare dal 15 agosto.

COMO. *Esposizione di igiene.*—Allo scopo di rendere più importante la nuova Esposizione di Como, il Comitato ha deciso di riunire all'Esposizione di Elettricità, la Esposizione di Igiene.

MASSA. *Medico provinciale.* — Questa città, sebbene capoluogo di provincia, era stata privata del medico provinciale che in questa risiedeva e costretto ad accontentarsi delle visite saltuarie che veniva a fare quello che risiede a Lucca. Ora il ministero, facendo giustizia ai giusti desiderii della cittadinanza, ha disposto il ripristinamento di un medico provinciale *con residenza a Massa* ed ha nominato il dott. Natali che trovasi presso il ministero dell'Interno, Direzione Sanità.

RAVENNA. *Congresso medico.*—Domenica 30 luglio nella sala del nostro Consiglio Comunale, alle 9 del mattino, ebbe luogo il preannunziato Congresso medico, a cui intervennero tutti i medici della regione.

FERMO. *Colonia marina.*—Per iniziativa di varii privati e col concorso di pubbliche oblazioni si sono istituite delle colonie marine per fanciulli poveri che l'anno scorso venivano condotti al vicino Porto Sangiorgio, dove dopo il bagno ricevevano un'abbondante colazione per esser poi condotti in città. Quest'anno invece il comitato ha potuto tenere la piccola colonia stabilmente al mare.

MILANO. *Ottantamila lire all'Ospedale Maggiore.* — L'ing. Gerolamo Veratti morto il 25 luglio ha legato 80000 lire all'Ospedale Maggiore.

BOMBAY. *La peste bubbonica alle Indie.* — La peste bubbonica si estende rapidamente a Poona.

CHICAGO. *L'ufficio sanitario come istituto di educazione.*—L'ufficio sanitario apre un corso di scienza sanitaria ed igiene pubblica in cui s'insegnerà: batteriologia generale, diagnosi batteriologica delle malattie. analisi chimica e batteriologica dell'acqua e delle sostanze alimentari specialmente del latte. Il corso dura 8 settimane, ed alla fine di esso sarà rilasciato un certificato di frequenza. In un corso superiore di 4 settimane i giovani saranno addestrati per l'ufficio di ispettore sanitario.

NEW-YORK.—*Epidemia di scarlatina.*—In America infierisce la scarlatina specialmente negli istituti di educazione, di cui parecchi si son dovuti chiudere.

NEW-YORK. *Il Kissing bug.* — È un insetto che ora molesta terribilmente gli abitanti di New-York, ed è così chiamato (*kissing bug* significa cimice che bacia) per la sua predilezione per le labbra umane.

NEW-YORK. I malati di febbre gialla a bordo del Mc. Clellan sono entrati in convalescenza grazie alle cure di Doty e all'uso dell'antitossina.

CANADA'. *Febbre da ostriche.*—Moore descrive tre forme di malattie febbrili che possono essere date dalle ostriche, una con disordini gastro-intestinali varii, una con febbre continua, ed un'altra che ha tutte le apparenze del tifo.

CONCORSI E CONDOTTE

S. Stefano. (Napoli). Sanitario per l'ergastolo ed il distaccamento militare. Stipendio annuo L. 2200 più L. 150-200 per indennità di residenza. Scadenza 31 agosto.

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 55 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

LEGA NAZIONALE CONTRO LA TUBERCOLOSI

COMITATO DI PALERMO E DELLA SICILIA

Dal radicale rinnovamento della moderna medicina un concetto nuovo, possiamo dire, è scaturito ed ha informato la nostra scienza, quello della etiologia e della patogenesi. La malattia non considerata più solamente nella sua ultima parvenza al letto dell'ammalato, ma intravista attraverso il lungo maturarsi delle predisposizioni ereditarie, congenite ed acquisite, degli interventi esterni nelle loro più svariate forme, e specialmente delle condizioni materiali e morali dell'ambiente; ha aperto al medico orizzonti più vasti, gli ha schiuso attività assai più ampie, l'ha portato non solo a curare ma a prevenire, non solo a sanare l'ammalato ma a garentire i sani. E quasi che un soffio delle giovani e sane idee sociologiche fosse venuto a rianimare il vecchio arsenale dell'antica medicina, il medico s'è visto portato a curare più che la salute dell'individuo, quella delle masse.

Oggi non è più l'individuo o tutta una classe privilegiata che ha solo diritto a le più minute e delicate cure, ma è la specie uomo che a noi affida la custodia della sua salute, e da noi reclama l'indicazione e l'attuazione di tutti quei mezzi che valgano a proteggerla e a migliorarla.

A noi tocca guidare lo Stato e la società in questo che è per loro il primo e più grave compito: il benessere fisico, la salute pubblica.

E per nessun'altra malattia questo compito incombe più urgente, più attivo e più proficuo, quanto per la tubercolosi. Questo male che miete da solo il più largo contingente di vite: questo male che mina fin dalla nascita tante esistenze e tante balde speranze; questo flagello che non atterra solo individui, ma schianta le famiglie, distrugge le stirpi e rappresenta il più immane pericolo che pende sulla testa dell'uomo come individuo e come elemento sociale; questa proteiforme esplicazione di infezione e degenerazione allo stesso tempo è ancora il più grande spauracchio per l'umanità.

I nostri maggiori centri di popolazioni presentano ancora circa il 30 0{000 di morti per tubercolosi, senza contare cioè le tubercolosi guarite ed i tubercolotici morti per malattie intercorrenti; ed il Baccelli ha potuto affermare che nell'ultimo trentennio in Europa mentre la guerra ha ucciso poco più di un milione di uomini, la tubercolosi ne ha ammazzati dodici milioni! E la percentuale cresce di anno in anno invece di diminuire!

La grande facilità con cui si diffonde ed attecchisce il bacillo tubercolare spiega a sufficienza come esso tanta strage possa fare in tutte le classi sociali; nei palazzi e specialmente poi nelle luride stamberghe ove congiurano assieme l'insufficienza d'aria e di luce, il sudiciume, lo strapazzo fisico, l'ignoranza, l'alimentazione impropria, la debolezza organica, e il più raccapricciante addensamento che in un sol giaciglio stiva famiglie intere nei suoi elementi sani e malati. E l'officina fa il resto ove accalcandosi la folla tra le emanazioni polverose più nocive agli organi respiratorii, basta un tubercolotico per disseminare largamente la malattia.

Il tubercolo dunque è la vera *fillossera delle vite umane*, come ebbe ad esprimersi, con frase geniale, il Baccelli.

E come contro la fillossera, bisogna agguerrirsi contro la tubercolosi, bisogna unire in un fascio ed in unico intento tutte le forze per provvedere alla più opportuna assistenza dei malati e meglio ancora alla difesa dei sani. Ed è in quest'azione di difesa, di profilassi sopratutto che noi possiamo molto.

Quì massimamente ha valore il motto: *prevenire anzi che reprimere.* Uccidere, distruggere i microbi della tubercolosi è opera vana quando contemporaneamente non si mira a modificare l'ambiente. La nostra attività per essere proficua, dev'essere rivolta ad agguerrire l'organismo, a metterlo nelle migliori condizioni per vincere una eventuale infezione, nel costituire alla società l'ambiente migliore nel quale essa possa trovare sicura garenzia per la sua salute.

È questo il concetto generale di una lega contro la tubercolosi: provvedere alla cura dei malati in appositi sanatorii, e mirare so-

pratutto a rendere inadatti all'attecchimento del bacillo tutti quegli ambienti in cui esso ora infierisce: individuo, famiglie, caserme, prigioni, ospedali, officine, miniere, zolfare, ecc.

Il sanatorio per i già malati; gli ospizii marini, le colonie estive, le palestre ginnastiche, i bagni popolari, le cucine economiche, le case operaie, l'educazione igienica per quelli che potrebbero ammalare.

Oramai l'idea del sanatorio è quasi universalmente accettata, da che è penetrato nelle masse il concetto che esso non è una relegazione od un domicilio coatto; ma l'isolamento in un asilo quieto, fatto per sorreggere l'ammalato in una lotta lunga, in cui persone di speciale competenza mettono in suo aiuto tutti i mezzi garentiti dalla scienza e fanno convergere tutte le azioni del malato all'unico scopo di fargli ricuperare la salute. Da questi sanatorii il Leyden ha dimostrato come $^1/_3$ dei ricoverati escano guariti.

Dall'altro canto la più attiva propaganda per la profilassi: e specialmente la popolarizzazione delle più elementari norme d'igiene pubblica e privata fatta nelle scuole, nelle officine ed in pubbliche conferenze.

In questo compito, che sarebbe assai arduo se mancasse il concorso di tutti, si riuscirà assai facilmente quando si proceda uniti ed appoggiati dalla buona volontà e disposizione dello Stato.

Il concorso e l'aiuto scambievole, dato ed accettato senza mutue concessioni o segrete intelligenze e senza alcun men che nobile pretensione di uomini e di cose, ci farà assai più facilmente riuscire all'intento.

E l'unione è tanto più necessaria in quanto che occorre anche pensare a quei paesi, che per ragioni locali non possono convenientemente da soli provvedere a se stessi.

La medicina va oggi intesa come una funzione eminentemente sociale. I suoi limiti son là dove son quelli del pubblico benessere. Essa dev'essere la suprema moderatrice e regolatrice della vita, perchè ad essa incombe la cura della pubblica salute, della conservazione e del miglioramento della specie. Per essa non vi sono divisioni di classi, e la classe diseredata, appunto perchè tale, ha maggior dritto alla sua assistenza.

Il medico, come il sociologo, deve penetrare in tutte le catapecchie, le officine, le miniere ove si ammassa tanta gente che tra la fame, lo strapazzo ed il sudiciume è votata a tutte le infezioni. È là il suo maggior campo di azione, è là che egli deve fare una vera opera di rigenerazione e di redenzione.

Così va intesa la nostra missione; è questo il maggior bene che un uomo possa fare. Nessuno scopo più universalmente utile possiamo prefiggerci, nessuna vittoria più umanamente gloriosa potrà riportare l'arte nostra, quando saremo riusciti a debellare la tubercolosi.

Ed alla vittoria ne affida l'esserci subito in Italia trovati tutti uniti sotto la presidenza di Baccelli. Già sorgono i comitati regionali, e tra essi con mirabile slancio si è costituito, sotto la direzione dei professori universitarii, in Palermo quello siciliano. Sotto l'auspicio del comitato regionale non tarderanno certo a sorgere con eguale entusiasmo i comitati distrettuali sul tipo di quello distrettuale già formato a Palermo e noi li riuniremo qui in occasione del I Congresso dell'Associazione medico-chirurgica siciliana per stabilire la fondazione dei sanatorii ed intendersi sui mezzi di propaganda.

Le difficoltà sono assai minori di quel che può sembrare. Ogni provincia può stabilire il suo sanatorio, e per le meno ricche si potrà fare un consorzio per un sanatorio interprovinciale alla stessa guisa di come si fa per i manicomii. Si potrebbe anche affidare l'opera a società private, cui gli enti interessati corrisponderanno un equo compenso per un certo numero di ospedalità.

Intanto ognuno potrà mandare la sua adesione al comitato regionale siciliano e per esso al **prof. G. Rummo**, Palermo.

Ecco il programma con cui si sono costituiti il comitato regionale siciliano ed il distrettuale di Palermo:

I componenti del corpo universitario di Palermo, che maggiormente si sentono impegnati, per ragione d'ufficio, nella lotta contro la tubercolosi, sentono di non potere rimanere indifferenti alla nobile iniziativa intrapresa dagli altri centri scientifici d'Italia, con a capo Roma. Quindi hanno creduto loro dovere di riunirsi essi pure in comitato per aggiungere il fascio delle loro forze alla Lega Nazionale contro la tubercolosi, sperando di potere riannodare a questo Comitato universitario gli altri Comitati dell'Isola.

Professori ufficiali della R. Università di Palermo

Rummo G.	Chiarleoni G.
Tommasoli P. L.	Randacio F.
Angelucci A.	Montalti A.
Tansini I.	Argento G.
Sirena S.	Mondino C.
Marchesano V.	Trambusti A.

Giuffrè L.

Liberi docenti	*Assistenti*
Lipari G.	Lodato G.
Salemi-Pace B.	D'Angelo P.
Ajello A.	Di Renzo G.
Mirto G.	Purpura F.
Faraci G.	Marchesi

Liberi docenti	***Assistenti***
Giglio G.	Cacciolo Cartella
Brancaleone P.	Noto A.
Spallitta F.	Palleroni G.
Caruso Pecoraro G.	Mirto D.
Cirincione	Albanese A.
De Bono F. P.	Mollica
De Blasi L.	Fileti F.
Pernice B.	Titone M.
Ficano G.	Ferrannini L.
Acquisto V.	Ciauri R.
D'Aguanno A.	Perillo A.
Alessi G.	Marchese B.
Lojacono L	Tornabene C.
Mannino L.	Bentivegna A.
Carini A.	Amabilino R.
Piazza Martini V.	Masnata G.
Dato G.	Argento F.
Scardulla F. P.	Scagliosi G.
De Grazia F.	Sirleo L.
Russo Giliberto A.	Siringo G.
Tusa R.	Bonaccolto G.
Salomone Marino S.	Marotta G.
	Zummo G.
	Lafranca C. S.
	Mauro C.

Aderiscono al Comitato universitario della Lega contro la tubercolosi i medici chirurghi di Palermo.

Alvaro G.	(Colonnello medico)
Ravà	(Tenente colonnello medico)
Natoli	(Maggiore medico)
Zingales	(Maggiore medico)
Del Vecchio	(Capitano medico)
Gristina	(Capitano medico)
Orlando	(Sottotenente medico)
Antoci A.	(Sottotenente medico)

La Manna Agros F.	Gucciardi C.
Billeci G.	Vanasco S.
Mosella A.	Cracolici A.
Arioti U.	Verga S.
Matranga G.	Castelli A.
Castellana G.	Barbera V.
Scarpinato G.	Clemente F.
Noera G.	Berlin E.
Giliforti F.	Arcoleo E.
Prestidonati F.	Caramanna G.
Aversa G.	Conte G. D.
Cassarà V.	Pavone M.
Caruso Spinelli G.	Castagnetta V.
Cali G.	Perricone P.
Noto M.	Sapuppo E.
Benso M.	Buccheri R.
Cattolica F.	Ciulla M.
Aricò G.	Rienzi G.
Musillame S.	Di Pisa P.
Redanò G.	Oliva G.
Martorana A.	Mangione G.
Diliberto G.	Bullara L.
Callari F.	Tomasini
Messina V.	Raccuglia F.
Diliberto F.	Gomez R.
Macaluso M.	Signa C.
Salerno A.	Miceli M.
Pitini A.	Di Chiara G.
Savoca V.	Sapienza G.
Madonia S.	Scardulla S.
Li Virghi G.	Acunto C.
Butera L.	Furitano G. C.
Cusmano G.	Volpe F.
Ferruzza Palamara G.	Miraglia C.
Vitanza R.	La Torre G.
Carrozza L.	Zappulla A.
Collotti E.	Passalacqua
Brancaleone G.	Triolo G.
Albergo G.	Maggiore-Perni F.
Maggiore-Perni L.	Castiglia E.
Di Bona	La Mendola G.
Giuffrè N.	Barbera C.
La Mensa-Nave	Militello G.
Melazzo E.	Leone A.
Taglietti G.	Minutilla S.
Sorge A.	Tuzzolino A.
Russo Travali G.	Bonanno E.
Militello J.	Virzì B.
Bonasera R.	Morisani R.
Modica G.	Palmeri C.
Calamida E.	Calvi
Di Lorenzo G.	Di Prima R.
Piazza B.	La Mendola G.
Craffo B.	Dolce G.

LAVORI ORIGINALI

I Clinica medica della R. Università di Napoli
diretta dal Prof. E. DE RENZI
(sezione Batteriologia)

SULLA PRESENZA DELLO PNEUMOCOCCO NEL SANGUE

Prof. D.r N. Pane, doc. di med. interna

Il perfezionamento che ha raggiunto in quest'ultimo decennio la tecnica dell'esame batteriologico del sangue è stato d'impulso a molti osservatori per intraprendere in quasi tutte le malattie da infezioni ricerche sulla presenza dei batterii nel sangue.

Ma il risultato di queste spesso è stato discorde, sicchè le persone competenti sentono il bisogno continuo, anche indipendentemente dallo scopo diagnostico e prognostico, di arricchire con nuove ricerchè i dati per chiarire le quistioni controverse.

Una delle malattie che è stata oggetto di più numerose ricerche con risultati talvolta quasi affatto opposti è la pneumonite fibrinosa. Certamente causa di ciò è il fatto che alcuni osservatori nelle loro ricerche non si sono attenuti al metodo ordinariamente adoperato, come quello che dà i risultati più sicuri. Credo perciò indispensabile per l' esatta intelligenza dell'argomento di riferire i metodi adoperati dai ricercatori il più brevemente possibile.

Questi metodi adunque sono i seguenti :

1. Puntura del dito mediante un ago semplice o a lancetta adoperando tutte le cautele per impedire, che il sangue all'uscire non venisse inquinato da germi accidentali. Trasporto mediante ansa di filo di platino previamente arroventata, o pipetta capillare sterile, della piccola quantità di sangue fuoruscita sulla pelle in sostanze nutritive appropriate per la coltura dei batteri.

Questo metodo è il più antico, e si può dire nato colla batteriologia. Friedländer, l'autore che ha il merito d' avere istituite le prime ricerche rigorose colturali nella pneumonite fibrinosa, lo adoperò per ricercare se il batterio isolato da lui nel polmone epatizzato (pneumobacillo di Friedländer) si trovasse nel sangue circolante dei pneumonitici. Egli credette d' averlo rinvenuto in qualche caso, ma erroneamente, come fu dimostrato da ricerche posteriori.

Questo metodo è affatto incerto e capace di far cadere in errore osservatori autorevoli, specie quando si ricercano germi facilmente reperibili nell' aria ed anche vegetanti nella epidermide, i quali possono mescolarsi col sangue che attraversa la piccola ferita praticata nella pelle. La presenza nel sangue estratto in tal modo di batteri appartenenti alla flora epidermoidale si può riconoscere anche all'esame microscopico del sangue di persone sane. Io stesso ho veduto più volte, esaminando il sangue estratto dal dito di persone anemiche, batterii intensamente colorati col bleu di metilene in preparati a secco. Essi per lo più presentavano l' aspetto di diplococchi ricordanti quelli della pneumonite.

Questi batteri epidermoidali quando si trovano negli strati profondi sono difficilmente sterilizzabili in modo completo, talchè essi possono poi anche vegetare in terreni nutritivi opportuni.

2. Per evitare tali gravi inconvenienti ed inoltre per poter ottenere considerevole quantità di sangue affinchè riuscissero reperibili, se vi fossero, anche pochissimi germi circolanti, si pensò ad estrarre il sangue direttamente dalle vene.

Questo secondo metodo dapprincipio venne adoperato in modo affatto semplice, cioè si salassava la vena del braccio e si raccoglieva il sangue in discreta quantità in recipienti sterili. Questo veniva poi messo nella stufa a 37° sia senza alcuna aggiunta di liquidi colturali, sia con aggiunta di brodo-coltura, cioè mescolando un volume di sangue con un volume molto più grande di brodo. Belfanti, che nelle sue ricerche adoperò il sangue estratto in tal modo, assicura d' aver veduto svilupparsi alla superficie della cotenna molte colonie di pneumococchi, che contemporaneamente osservava nel miscuglio di sangue e brodo. Il sangue, da cui si svilupparono i pneumococchi proveniva da infermi di pneumonite in istato gravissimo, per lo più ad esito letale.

Invece del salasso della vena, che oltre ad essere di non facile applicazione può dar luogo molto facilmente ad inquinamento di batteri accidentali, si cominciò dal 1889 in poi da diversi osservatori, ad estrarre il sangue mediante siringhe sterilizzate. Per la facilità e sicurezza di ottenere in tal modo sangue sterile questo metodo fu ben presto generalizzato per lo esame del sangue nelle malattie da infezioni.

Come siringa per estrarre il sangue viene adoperata una cannula di vetro a cui è adat-

tato un ago fisso o smontabile (siringa Tursini) ovvero la siringa a stantuffo d'amianto.

Prima d'adoperarle vengono sterilizzate, la prima a secco, la seconda in acqua bollente.

Una siringa speciale, consistente in una cannula di vetro tirata a punta, che ognuno può preparare da se, fu raccomandata da Scheurlen (1890).

Essa è stata adoperata da singoli osservatori ad esempio da Kühnan, ma per la difficoltà d'introdurre la punta di vetro nella vena senza previa incisione della pelle, non è certo consigliabile, quando si ha a disposizione una comune siringa fornita di stantuffo d'amianto, la quale, dopo la sterilizzazione in acqua bollente, è agevolmente adoperabile, tanto per la facilità d'introdurre l'ago nella vena, quanto per la forza aspirante, per cui il sangue viene estratto facilmente, anche quando la circolazione è rallentata e il sangue rapidamente coagulabile come nello stadio agonico della pneumonite. La capacità ordinaria di una tale siringa non dev'essere inferiore a 5-10 c. c.

Attualmente se ne fabbricano anche da 50 c. c. Per quest'ultime siringhe io ho trovato preferibile la sterilizzazione in fenolo 5 $^0/_0$ alla temp. di 45°-50° che dopo 10-15 minuti sterilizza le spore le più resistenti. Il fenolo viene poi eliminato completamente mediante il lavaggio ripetuto con acqua distillata e sterilizzata. La quantità ordinaria di sangue che si estrae dalla vena è di 5 a 10 c. c. In Germania dopo le ricerche di Sittmann da diversi autori, ad esempio da A. Fränkel e dai suoi allievi, la quantità di sangue che s'estrae dalla vena è costantemente di 5 c.c.

Estratto il sangue dalla vena è necessario sottoporlo alla ricerca colturale la più idonea affinchè si possano sviluppare gli eventuali batteri che vi si trovavano al momento dell'aspirazione. A questo scopo non tutti hanno proceduto allo stesso modo avendo alcuni preferito processi speciali.

Il processo che viene adoperato dalla maggior parte degli osservatori è il seguente:

1. Il sangue appena estratto si distribuisce in diversi tubi di vetro contenente agar fluido alla temp. di 40° (previamente fluidificato a 100°) avendo cura che in ciascun tubo contenente 10 c. c. di agar si aggiunga da mezzo ad un c. c. di sangue e poi il miscuglio si versi in capsule di vetro per farne colture a piastre.

Il versamento diretto del sangue nell'agar non essendo sempre agevole immediatamente dopo averlo estratto dalla vena, specie quando l'ammalato é in una sala molto lontana dal laboratorio, si preferisce in tal caso versarlo prima in un volume di brodo due a tre volte più grande, od anche più, che ne ritarda alquanto la coagulazione e quindi fare il più rapidamente possibile le culture a piastre nel laboratorio. Frequentemente, ed in ogni caso quando si fanno speciali ricerche intorno alla virulenza dello pneumococco, il sangue, oltre a mescolarlo nell'agar per le colture a piastre si mescola anche in diverse proporzioni in brodo. Il vantaggio di ciò sta nel fatto che in caso di risultato positivo si hanno contemporaneamente colture liquide per l'inoculazione negli animali e culture risultanti da colonie isolate in agar che fanno determinare a colpo d'occhio il numero di germi che esisteva in un dato volume di sangue, beninteso, che siasi in grado d'escludere ogni eventuale inficiamento.

Uno speciale procedimento, diverso dal metodo anzidetto è quello adoperato da Casati, il quale versato il sangue estratto dalla vena in una provetta, lo pone nella stufa a 37° e dopo 24 ore lo adopera per l'inoculazione nel coniglio e quello che adoperano Baduel e Silvestrini, i quali, estratto il sangue dalla vena con una siringa Tursini modificata in modo che vi si possa defibrinarlo e conservarlo, lo pongono nella incubatrice a 37° e dopo 24 ore ne fanno miscugli in brodo per ottenere colture dai germi che eventualmente si trovavano in circolazione. Entrambi questi processi indipendentemente da quello che sarà detto quando occorrerà fare la critica dei risultati ottenuti dagli A. A. non dànno neanche un indizio il più lontano del numero dei germi che eventualmente potevansi trovare nel sangue al momento dell'estrazione dalla vena, sicchè il risultato sarà lo stesso, tanto se vi si trovava soltanto qualche germe circolante temporaneamente a mò di corpo estraneo, quanto se vi erano germi in moltiplicazione, ed in conseguenza in numero considerevole, cioè esisteva una vera setticoemia.

Al principio dell'anno scolastico 1891-92 contemporaneamente alle mie ricerche sull'immunizzazione degli animali contro il virus pneumonico, a cui seguirono quelle sulla sieroterapia contro lo stesso virus, io mi proposi

di studiare la questione se nel decorso della pneumonite fibrinosa lo pneumococco si diffondesse nel sangue degl' infermi o restasse localizzato nel polmone infiammato, come era generale credenza dei più autorevoli osservatori.

Ora poichè a priori non mi sembrava discutibile il concetto che la presenza dello pneumococco nel sangue dovesse essere meno eventuale nei pneumonitici più gravi, che nei meno gravi, io stabilii di sottoporre all' esame soltanto quelli in cui si fossero manifestati sintomi preagonici od agonici, ovvero questi fossero molto gravi; salvo poi ad estendere tale esame a tutti i pneumonitici, ove i primi reperti me ne avessero dimostrato la necessità. Ma, come vedremo or ora, la presenza dello pneumococco nel sangue, quando fu constatata, essendosi dimostrato un segno certo di prognosi funesta, io non ebbi alcun motivo di mutare il mio sistema talchè in 7 anni, dal 1891 al 1898, dei pneumonitici della I^a Clinica medica diretta dal Prof. De Renzi il mio esame fu limitato a 13 (1) che ebbero esito letale; e a 11 in cui il decorso della malattia fu estremamente grave.

Il metodo per la ricerca dello pneumococco nel sangue estratto dalla vena fu quello che ho sopra descritto: miscuglio del sangue in agar fluidificato e tenuto alla temp. di 40° per farne colture a piastre, e miscuglio in brodo.

Per l' estrazione del sangue ho adoperato sempre una siringa a stantuffo d'amianto della capacità di 10 c.c. sterilizzata in acqua bollente.

La quantità di sangue estratto non è stata mai minore di cc. 5, per lo più cc. 8 a 10. Nel mescolare all'agar il sangue io avevo cura di fare miscugli di diversa proporzione, cioè da cc. 5 a cc. 0,1-0,01. I miscugli con molto sangue si versavano in capsule di vetro, quelli contenentine qualche centigrammo, si lasciavano nella stessa provetta dove rimanendovi ancora una discreta trasparenza, atteso il poco sangue, le colonie eventualmente sviluppantisi si sarebbero potute osservare facilmente. Relativamente alla sterilizzazione della pelle ricoprente la vena da forare per estrarre il sangue debbo dire, che al principio adoperai il metodo comune (lavaggio con alcool, etere, sublimato 1 $^0/_{00}$, acqua sterilizzata); ma in seguito, essendomi risultato con osservazioni speciali, che tale sterilizzazione era insufficiente, la sostituii col lavaggio per 10 minuti con sublimato acido (sublimato 1, acido cloridrico 10, acqua 1000) alla temperatura di 40°-45° e successivamente con acqua sterilizzata, con questo mezzo in tanti esami non ho avuto a deplorare mai un inficiamento del sangue con batteri accidentali.

L'esame del sangue nei 13 pneumonitici morti fu praticato sempre nelle ultime 24 ore. In ogni caso mai in un tempo minore di 4 ore avanti il decesso. In 6 di essi prima del periodo preagonico od agonico, essendo il loro stato molto grave, era stato fatto un primo esame due a tre giorni prima dell'esito letale. In due di questi sei, il primo esame fu fatto due giorni avanti la morte, quando vi erano fenomeni preagonici molto evidenti (leggiero rantolo tracheale, respirazione a tipo addominale ecc.). L' esame negli 11 pneumonitici in cui l'infezione fu estremamente grave; fu praticato una sola volta sempre quando vi erano fenomeni allarmanti.

Il risultato fu il seguente:

Negl'infermi deceduti la presenza dello pneumococco nel sangue fu costante in 11 nell'esame fatto nelle ultime ventiquatr'ore; negativo in quello fatto due a tre giorni prima, salvo nei due nei quali l'esame fu fatto circa due giorni prima dell'esito, quando si erano manifestati già evidenti fenomeni preagonici.

In entrambi però il numero degli pneumococchi fu molto esiguo (da cc. 2,1/2 di sangue distribuito in agar si ebbero appena 4 colonie di pneumococchi in uno, 7 colonie nell'altro) e si svilupparono con accentuato ritardo, sicchè io, nel secondo esame ripetuto in uno 36 ore e nell'altro 40 ore dopo il primo, ignoravo se vi fosse sviluppo di colonie, malgrado avessi adoperato la lente d'ingrandimento per la ricerca delle medesime. Nei due casi deceduti, in cui l'esame fu negativo, questo fu fatto in uno 18 ore prima della morte, in un altro 13 ore avanti. In entrambi i fenomeni della prossima fine erano molto evidenti. E' probabile che un ulteriore esame fatto a distanza più breve dall'ora finale sarebbe stato positivo, e dico probabile e non certo perchè, io ho studiato un caso appartenente, alla serie dei pneumonitici esaminati in quest'anno dei quali riferirò appresso, nel quale malgrado ripetuti esami fino a qualche ora avanti la morte, e

(1) In altri tre pneumonitici morti poche ore dopo la ricezione l'esame del sangue non fu praticato.

dopo la morte rifacendolo col sangue del cuore, il risultato fu costantemente negativo.

In ogni modo però dai reperti osservati nei miei casi rilevasi nel modo più evidente il fatto che in generale più vicino all' ora della morte s' esamina il sangue, e più numerose sono le colonie di pneumococchi che si sviluppano in agar.

Di ciò io ho avuto una prova molto chiara nei due casi dianzi indicati, in cui nel secondo esame il numero dei pneumococchi era molto superiore a quello riscontrato nel primo. In un altro caso, in cui due giorni prima della morte da 4 cc. di sangue mescolato in agar non si ebbe alcuna colonia di pneumococchi, si svilupparono invece, numerose colonie dal sangue estratto 6 ore prima del decesso. Il massimo numero di pneumococchi da me riscontrato nel sangue è stato appunto in questo caso, in una delle colture a piastre la quale conteneva cc. 0,2 di sangue contai 37 colonie di pneumococchi, quindi un cc. di sangue conteneva circa 185 pneumococchi.

Quanto al risultato ottenuto dall'esame del sangue degli 11 pneumonitici gravissimi i quali come ho detto guarirono, esso fu completamente negativo.

In ogni caso in cui il reperto fu positivo la identificazione dello pneumococco veniva fatta mediante i caratteri microscopici e colturali e le inoculazioni nel coniglio. Poichè la quantità di sangue che si mescolava nell'agar era uguale a quella che si mescolava nel brodo si è avuto per risultato costante, nei casi in cui il reperto fu positivo, lo sviluppo dello pneumococco in entrambi i mezzi. Ora la coltura di pneumococchi in brodo-sangue, la quale in qualche caso, in cui il pneumococco era in numero estremamente esiguo, si sviluppava soltanto nelle provette contenenti molto sangue, veniva adoperato per l'inoculazione in due conigli giovani, che come è noto sono estremamente sensibili verso lo pneumococco, molto più sensibili del topolino bianco. L'inoculazione si faceva nel tessuto sottocutaneo, e uno ne riceveva 4 cc., l' altro cc. 1. L'età della coltura sviluppata a 37° al momento dell'inoculazione, onde evitare possibile attenuazione del virus non si fece oltrepassare mai oltre 36 ore, salvo in qualche caso in cui lo sviluppo dello pneumococco avvenne con molto ritardo.

L'infezione è stata sempre mortale nel coniglio, che ne riceveva 4 cc. in un tempo variabile tra 2 e 6 giorni. Il coniglio che ne riceveva 1 cc. spesso è restato in vita (cinque volte su undici), ma in ogni caso si è sviluppata forte infiltrazione edematosa nel tessuto sottocutaneo terminata in suppurazione. Debbo aggiungere in fine, che al principio delle mie ricerche, quando per la sterilizzazione della pelle ricoprente la vena non adoperavo il sublimato acido caldo (v. sopra), e le altre piccole operazioni necessarie successive non erano eseguite con estremo rigore dai miei aiuti, ho avuto a deplorare talvolta sviluppo di germi accidentali tanto nel brodo, quanto nell'agar, i quali in qualche caso presentarono forma di cocchi a catena, per modo che con un esame superficiale si poteva cadere in errore prendendoli per pneumococchi modificati. Altre volte col sangue d'infermi in condizioni gravissime mescolato al brodo nella proporzione di 1: 5 a 1 : 10 si è avuto un fenomeno la cui natura io non sono riuscito a determinare, il quale senza la dovuta circospezione avrebbe potuto indurre ad un errore di osservazione.

Il miscuglio prodotto nella proporzione di 1: 5 (di rado anche 1: 10) messo nella stufa, invece di chiarificarsi completamente col riposo, dopo che i corpuscoli rossi si son depositati al fondo della provetta, restava torbido a permanenza in modo da simulare l' aspetto di una coltura di pneumococchi. E l' intorbidamento, sebbene leggiero, permane anche quando si elimina la fibrina che per lo più rimane sospesa nel liquido. Accadendo un fatto simile, e volendo decidere subito per mezzo dei preparati se veramente trattasi di coltura batterica si può ribadire l' errore, poichè in questi si riscontrano numerosi granuli di sostanza albuminoide precipitata, che specialmente adoperando colori molto forti, appaiono intensamente colorati da simulare quà e là dei veri cocchi. Io stesso, la prima volta avendo esaminato un preparato colorato nel liquido di Zihel diluito, ero quasi per ritenere trattarsi di una coltura di pneumococchi modificati, ma l' osservazione di altri preparati colorati in soluzione di bleu di metilene 1: 1000 mi fece sospendere il giudizio. Fatti innesti in agar ebbi la prova matematica che trattavasi di precipitato, poichè non seguì alcuno sviluppo di batteri.

Successivamente la ripetizione del fenomeno mi ha imparato a distinguerlo con una certa

sicurezza, ma in ogni caso io ho istituito sempre la prova colturale in agar gluco-glicerinato, dove lo pneumococco si sviluppa rigogliosamente anche quando la riproduzione in brodo non riesce. In quest'ultimo anno ho aggiunto all'agar anche un po' di siero ascitico che favorisce lo sviluppo dello pneumococco straordinariamente.

Il siero viene aggiunto all'agar liquido alla temp. di 40° sicchè la trasparenza non ne resta alterata. *(continua)*

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE NECKER DI PARIGI - Rendu

Litiasi biliare e colecistite suppurata; operazione; infezione persistente delle vie biliari. — Questa malata di 46 anni il 4 aprile 1898 entrò la prima volta nel riparto del Rendu, con disturbi dispeptici, pallida, magra, lingua sporca, gengive fungose ed infiammate, anoressia, nausea senza vomiti. costipazione.

Il fegato era un po' sensibile alla pressione lungo il suo margine inferiore; nulla nello stomaco. Si pensò allora alla litiasi biliare; lo stato di cachessia non s'era stabilito d'un tratto, come primo disturbo morboso. Da 4 anni ella soffriva dolori nell'ipocondrio destro, che comparivano 1-1 1|2 ora dopo i pasti. Ora il dolore era piuttosto vivo, ordinariamente epigastrico, talora era scapolare. I dolori, che si esacerbavano durante le mestruazioni, erano accompagnati costantemente da costipazione. Questa dispepsia dolorosa, diurna, apirettica, intermittente, con intervalli di buona salute, doveva attirare l'attenzione dal lato del fegato. Nell' aprile del 1896 ebbe la sua prima crisi netta di colica epatica, accompagnata dai segni classici: ittero, urine di colore acajou, feci scolorate, e durò per 24 ore con stato nauseoso, vomito, anoressia, irradiazioni dolorose scapolari e dorsali. Questa crisi non finì bruscamente; i dolori ed i vomiti continuarono accompagnati da un movimento febbrile. Poi si rimise in forze ma il malessere gastrico, le digestioni rimasero difficili, l'appetito non ritornava e la regione epatica era sempre dolorosa.

Nel dicembre del 1896 ebbe una nuova crisi, con febbre, diarrea tenace con emissioni sanguinolenti e mucose durata per quattro mesi. Fu a quest' epoca che costatò per la prima volta una tumefazione dolorosa al disotto del fegato, che cedette coll' influenza del riposo e dei cataplasmi, ma solo dopo quattro mesi. Poi capitò un periodo in cui la sua salute fu buona. Nel luglio del 1897 nuovo accesso di colica epatica, con ittero, durato per circa tre settimane. D'allor i fenomeni dolorosi si attenuarono, ricomparendo però nelle epoche catameniali. Ma permanentemente ella provava un senso di bruciore all'epigastrio, ed i vomiti succedeano quasi costantemente ai pasti. A cominciare da novembre si mise a regime latteo, e così durò per molti mesi. I vomiti diminuirono; tuttavia il malessere ed i dolori gastrici non cedettero. Costretta a ridurre sempre più la sua alimentazione, essa non tardò a cachettizzarsi. Entrata il 4 aprile 1898 all' ospedale i fenomeni clinici potevano così classificarsi: una serie di crisi di colica epatica, di cui i caratteri erano indubitabili; delle coliche epatiche larvate, che s'erano manifestate sotto forma di dolori epigastrici e di crampi dello stomaco; dei fenomeni che attestavano l'infezione delle vie biliari: febbre e malessere persistente dopo la scomparsa delle crisi acute; degli accidenti intestinali concomitanti, probabilmente in rapporto con quelle manifestazioni biliari. La diagnosi di disturbi gastrici legati alla litiasi biliare si trovava dunque pienamente giustificata. Il Rendu istituì allora una cura contro il nervosismo della malata e contro l'intolleranza gastrica, facendole prendere un bagno ogni due giorni e dandole del valerianato d'ammoniaca, magnesia, creta, belladonna e del trionale, la sera, come ipnotico.

Il 25 aprile uscì sensibilmente migliorata.

Il Rendu non è lontano di riferire l'etiologia di questa litiasi ad una infezione primitiva. Per ispiegare la formazione delle concrezioni biliari sono in campo due teorie; o si può attribuirla ad uno stato costituzionale o ad una infezione biliare. La 1ª teoria mette la litiasi sotto la dipendenza dell'artritismo, invocando l'argomento che questa affezione si riscontra nella famiglia in cui si osserva l'obesità, la gotta, gli emorroidi, l' eczema, il diabete, la renella. D'altro canto l'idea di riferire la litiasi ad uno stato infettivo, sia come malattia generale, che come infezione intestinale e biliare, guadagna terreno ogni giorno. Si è potuto, infatti, nel nucleo calcoloso svelare il coli-batterio od anco il bacillo del tifo (Gilbert, Chauffard).

Questa malata non ha eredità artritica, però sua madre era nevropatica, suo padre era alienato così come uno dei suoi nipoti. Essa stessa è emotiva; il suo addome si ricopre di un eritema istantaneo quando la si scopre; è di carattere mite ed inquieto.

Questa donna ha poi sofferto il morbillo, la scarlatina, la tosse convulsiva, delle bronchiti frequenti; a 17 anni ebbe un reumatismo che l'anemizzò profondamente.

Il 18 luglio rientrò nuovamente nel reparto del Rendu. Ad una calma di un mese era successa una serie di crisi subentranti.

I dolori, che apparivano tre ore dopo il pasto, presentavano delle irradiazioni scapolari, e non si associavano ad ittero, nè a scolorazione delle feci. Le urine contenevano del pigmento biliare e non dell' urobilina. Temperatura 38°,5, polso 80; febbre a tipo intermittente. Il fegato, grosso e doloroso, misurava cm. 21 di verticale. La cistifellea era distesa e dolorosa.

L' esistenza di una colecistite pareva certa; la fluttuazione non essendo dubbia punse e si estrasse un bicchiere di marcia filante e verdastra.

Il 23 luglio il Routier, sotto l' anestesia cloroformica, al punto culminante della tumefazione praticò un' incisione, e capitò in una sacca donde estrasse un bicchiere di pus mucoso, non bilioso, con quattro piccoli calcoli. L' ascesso s' era probabilmente formato nella vescicola distesa ed obliterata.

Dopo lavacro antisettico si posero due drenaggi ed uno stuello di garza jodoformica. Dopo l' operazione non vi fu febbre e lo stato generale si mantenne soddisfacente. Lo stuello fu tolto il 1° agosto ed i drenaggi tre giorni dopo. L' 11 agosto la malata ebbe una crisi di colica epatica, che finì con l'emissione di circa 20 calcoli dalla ferita operativa. Due giorni dopo la paziente emetteva per il retto un grossissimo calcolo biliare. D'allora il miglioramento fu rapido.

Or si può supporre che i calcoli non vennero fuori al momento dell'operazione perchè la vescicola biliare non venne esplorata; o perchè l'incisione potè solo aprire un diverticolo comunicante mediante uno stretto orifizio con la vescicola rimasta piena di calcoli; o anco perchè si aprì solo un ascesso peri-cistico. È da pensare che si fosse stabilita una comunicazione tra la vescicola e l' intestino per dar passaggio al grossissimo calcolo espulso, senza che vi fosse ittero cronico. Checche ne sia il miglioramento fu rapido ed il 4 ottobre l' ammalata lasciò l'ospedale quasi guarita.

Il 7 maggio però fu costretta a tornarvi per un malessere, per una febbretta vesperale, senso di secchezza e di calore della pelle, senza dolore localizzato alla regione epatica. Questi sintomi attestavano evidentemente un certo grado d'infezione persistente delle vie biliari. Tre giorni prima della sua ammissione avea avuto una nuova crisi, con irradiazioni scapolari, sub-ittero, decolorazione delle mucose, vomito di muco e di bile. Le urine contenevano pigmento biliare; il fegato era doloroso alla pressione. Si ordinarono i cataplasmi, i bagni; lo sciroppo d'etere, la pancreatina, il regime latteo, l'acqua di Vichy. Il 12 maggio dolori più acuti, vomiti, febbre ed un vero peritonismo (tensione del ventre, viso contratto, rossore delle gote, occhi vuoti, ecc.). Si ordina l'immobilizzazione completa, il ghiaccio a permanenza sull'addome, l'oppio e la belladonna. Due giorni dopo questi sintomi s'erano attenuati per comparire verso il 16 maggio, con andatura peritoneale, brivido, nausee, vomiti, febbre (38°, 4), subittero; si ordina il ghiacchio e gr. 4 di salicilato di sodio. A capo di due giorni tutto sembrava di rientrare nell'ordine, ma il fegato restava pigro: c'era acolia passeggera (scolorazione delle feci). Il 23 maggio le feci sono colorate in parte, ma vi ha cefalea.

Questa donna ha un' angiocolite latente; le vie biliari sono infette; l'operazione quindi non ha dato che un risultato parziale.

Ciò non ostante la prognosi è buona alla condizione che la malata si sottometta ad una cura e ad un regime appropriato. Bisogna provocare un'evacuazione rapida della bile mediante i purganti minerali (solfato di sodio a piccola dose) od i drastici (evonimino, podofillino, aloe). Il calomelano dà ancora buoni risultati e presenta il vantaggio di assicurare l'antisepsi intestinale. Il Ferrand ha preconizzato la glicerina.

Per evitare le cause d' infezione bisogna lavare le vie digestive facendo uso delle acque di Evian, Vittel, Brides o Contrexeville, Vichy.

Bisogna poi sforzarsi di ottenere l' eliminazione delle sostanze antisettiche per le vie biliari, dando gr. 2-3 di salicilato di sodio, o gr. 0,25-0,30 di salolo (Rusherfod, Prèvost e Binet).

Il regime consiste nello spaziare i pasti, nell'usare una alimentazione povera di carne, di grasso, di sostanze ricche di colesterina (cervello, tuorlo di uovo); si daranno pochi farinacei; ci concederanno principalmente i legumi verdi e le frutta e si eviteranno le bevande gassose ed alcooliche.

Il latte a piccola dose è ben tollerato. Si raccomanderà infine l'esercizio e la vita all'aria aperta. Sono utili gli stimolanti cutanei, sotto forma di bagni e di frizioni.

Movimento biologico universale

1. Braibanti fa delle ricerche sperimentali sopra « **il peso specifico del sangue nella clorosi** ». Risulta dalle sue esperienze che in tutti i casi di clorosi da lui citati il peso specifico si mantiene sempre ad una cifra vicina alla media normale. (*La Clinica medica italiana*, n. 5, maggio 1899).

2. Netter a proposito dell' « **etiologia della febbre tifoide** » dice che l'aumento del numero delle febbri tifoidi segnalato è reale, e di ciò ne incrimina l'inquinamento delle acque sia alla sorgente, che nei serbatoi, o nella canalizzazione. (*Société médicale des hôpitaux*, 21 luglio 1899).

3. Wuillomenet riferisce l'osservazione di una « **paralisi difterica dei muscoli dell'occhio** » sovraggiunta in una bambina di 10 anni, 15 giorni dopo l'inizio di una corizza di natura ignota. C'era paralisi doppia dell'accomodazione, diplopia crociata indicante una paresi del III° paio. (*Société d'ophtalmologie de Paris,* 5 luglio 1899).

4. Toutoulis-Bey studia la « **cura della lepra mediante le iniezioni di olio di chaulmoogra** ». Un malato suo per iniezioni di gr. 5 l'una, nel corso di 5 anni, ricevette gr. 2720 di olio, ed esso ora può considerarsi guarito. Le iniezioni non

sono dolorose. (*Société française de dermatologie et de syphilographie*, 13 luglio 1899).

5. Fournier segnala due casi di **« sifilide refrattaria alla cura »**. Si sono tentati tutti i mezzi (iniezioni, frizioni, ingestioni) ricorrendo ai jodici ed a tutte le preparazioni mercuriali, e, frattanto, la sifilide ha persistito. (*Société française de dermatologie et de syphilographie*, 13 luglio 1899).

6 Babinsky studia **« l'abolizione del riflesso pupillare nella sifilide »**. Ha ricercato se il segno di Argyill-Robertson si trovasse nella sifilide ereditaria. Questo segno è un primo indizio di tabe. Esso, secondo il Babinsky, è un carattere della sifilide acquisita ed ereditaria. (*Société française de dermatologie et de syphilographie*, 13 luglio 1899).

7. Launois presenta un malato con **« artropatie recidivanti, amiotrofie generalizzate; distrofie multiple, d'origine blenorragica. »** Le distrofie consistevano in corni cutanei, caduta di unghie. È probabile che delle tossine prodotte dalla pullulazione del germe nell'uretra e nella vescica debbano esser messi in causa, e che abbiano agito sul sistema nervoso centrale e periferico. (*Société médicale des hôpitaux*, 21 luglio 1899).

8. Lamouroux riferisce di **« una anomalia cardiaca »**. Mostra il cuore di un bambino che visse 10 giorni, senza cianosi. C' era persistenza della comunicazione interventricolare; l' orifizio era situato molto in alto, sotto l' origine dell' aorta. Il canale arterioso era permeabile. (*Société anatomique*, 21 luglio 1899).

9. Westphal e Wassermann richiamano l'attenzione **sulla coesistenza della corea e del reumatismo articolare non che dei caratteri infettivi di quest'ultimo »**. Essi hanno avuto occasione di osservare tre casi del genere e nello essudato articolare hanno riscontrato dei microrganismi. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 29, 1899).

10. Ehrmann riferisce **« quattro casi di achilia gastrica »**. I pazienti presentavano disturbi dispeptici, alcuni avevano diarrea altri al contrario erano affetti da stitichezza abituale, infine tutti e quattro erano dei veri neurastenici. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 30, 25 luglio 1999).

EMATOLOGIA

Una nuova specie di granulazioni elementari nel sangue, nello sputo e nei tessuti umani.

Già da un anno Grünwald ha pubblicato un lavoro sulle granulazioni, principalmente delle cellule dello sputo umano. Il fatto più importante osservato nelle sue ricerche è che la massima parte delle cellule rotonde dello sputo, degli essudati siero-purulenti (pleura e pericardio), del pus dei tessuti ed infine anche delle neoformazioni infiammatorie contengono granulazioni fini e finissime che vengono colorate dall' eosina, scolorate dagli acidi, in gran parte anche dagli alcali e che nel liquido triacido di Ehrlich si colorano in rosso-fucsina. Egli designò questa nuova specie di granulazioni col nome di « ipeosinofile ». Qualche cosa di simile era stato trovato nel sangue dei conigli e delle cavie da Ehrlich e Kurloff; mentre questi trovarono però i detti granuli nelle cellule polinucleari, Grünwald trovò la sua specie di granulazioni anche nelle cellule mono-nucleari; queste si differenziano inoltre da quelle perciocchè vengono scolorate dagli alcali.

Il punto principale per trovare le granulazioni di cui s'è fatto cenno consiste principalmente nel l'uso di metodi di conservazione differenti da quelli finora adoperati, giacchè l'uso di etere-alcool, del sublimato, come pure del calore si mostrarono inadatti alla fissazione. Solo dopo diverse prove colla formalina e dopochè si venne alla determinazione di lasciare disseccare i preparati all'aria, si ottennero i risultati di colorazione. In questa grande sensibilità dei granuli sta la soluzione del paradosso, perchè queste granulazioni ipeosinofile che si trovano quasi dappertutto nell'uomo si sono finora sottratte all'osservazione.

Riassumendo i reperti di Grünwald, ne risulta dapprima l'esistenza non dubbia dei granuli ipeosinofili anche nel sangue, ed invero sia nei leucociti mononucleari che nei polinucleari. Essi sono messi in evidenza dalla colorazione del sangue con soluzione acquosa di eosina ma specialmente con la soluzione alcoolica e colorazione successiva cauta col bleu di metilene. Che questa colorazione dei fini granuli non dipenda dall' emoglobina penetrata durante la preparazione è dimostrato dal loro identico modo di comportarsi nello sputo. La colorabilità delle fini granulazioni coll'eosina è la stessa di quella delle granulazioni grosse eosinofile. (*Centralblatt für innere Medicin*, n. 30, 29 luglio 1899).

TECNICA MICROSCOPICA

L. Michaelis.—Un metodo universale di colorazione dei preparati di sangue,

I metodi di colorazione finora usati hanno lo svantaggio di essere troppo unilaterali: così quello all'ematossilina ed eosina non colora le granulazioni neutrofile e basofile, in modo che le *mastzellen* non vengono distinte ed i leucociti con granulazioni neutrofile non vengono distinti dalle grandi cellule mononucleate prive di granulazioni e neppure da parecchie forme di linfociti.

La soluzione triacida di Ehrlich nasconde completamente le granulazioni basofile. Se poi i

preparati colorati con la soluzione triacida si colorano con l'ematossilina e l'eosina, vanno perdute le granulazioni neutrofile. Il metodo di colorazione col bleu di metilene e l'eosina secondo Chenzinsky è difettoso e lento, e lo stesso può dirsi di altri metodi.

Seguendo il principio di Erhlich di aggiungere sempre ai liquidi coloranti del sangue una sostanza che impedisce la formazione di precipitati, Michaelis ha ottenuto un miscuglio, il quale in uno stesso preparato dimostra ad un tempo tutte le particolarità richieste: colorazione intensa dei nuclei, cellule neurofile, eosinofile, basofile, piastrine.

Aggiungendo ad un miscuglio di bleu di mitilene ed eosina alcool in quantità tale da impedire la formazione di precipitati, le granulazioni neutrofile non vengono colorate da questo miscuglio. Allora Michaelis sostituì all'alcool l'acetone con buon risultato, ma l'acetone impedisce solo per breve tempo la formazione di precipitati; invece è più opportuno un miscuglio di alcool ed acetone.

Il metodo di colorazione si esegue nel seguente modo: i preparati si tengono da 1|2 a 24 ore in alcool assoluto o vengano fissati al calore su di una lamina di rame, secondo Earlich. Le soluzioni che si adoperano sono due: una soluzione acquosa 1 0|0 di bleu di mitilene cristallizzato chimicamente puro e sopratutto privo di cloruro di zinco; una soluzione 1 0|0 acquosa di eosina chimicamente pura.

L'acqua distillata con cui si preparano le soluzioni dove essere recentissima, non deve essere stata tenuta a lungo in vasi di vetro, dove diventa col tempo alcalina. Come indicatore della mancanza di alcali nell'acqua, può servire una soluzione acquosa concentrata (1|2 0|0) di ematossilina, di cui una goccia colora un saggio di acqua priva di alcali in giallo di paglia debolissimo, mentre l'acqua distillata antica o l'acqua della conduttura vien colorata in rosso porpora. Per impedire il contatto delle soluzioni coloranti col vetro dei recipienti e per renderle meglio conservabili Michaelis si serve di uno strato di paraffina. Dalle due soluzioni primitive vengono preparate le due seguenti:

a) 1ª soluzione,	p.	20,0
alcool assoluto	»	20,0
b) 2ª soluzione	p.	12,0
acetone	»	28,0

Immediatamente prima di servirsene si mischia 1 cmc. della soluzione *a*) con altrettanto della *b*) si versa il miscuglio in una vaschetta e si copre, indi vi si immerge il preparato disseccato. La durata della colorazione varia da 1|2 minuto a 10 minuti; per regolarsi bisogna tener presente che la colorazione è al suo giusto punto quando il tono di colorito rosso ha preso il sopravvento sul bleu; se si colora più a lungo i nuclei si scolorano. Poi il preparato viene bene lavato ed asciugato con carta da filtro, non col calore, perchè questo farebbe sparire il colorito rosso. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 30, 27 luglio 1899).

FORMULARIO

Per il vaginismo

Cloridrato di cocaina	gr.	0,30
Acqua distillata	»	20
Alcool a 90°	»	10

per pennellazioni.

Southworth. Mistura contro la rigidità del perineo durante il parto

Cloroformio	gr.	8
Etere solforico } Acqua di Colonia }	ana »	4

Mischia: Uso esterno.

Soluzione per far sparire la secrezione lattea

Solfato di atropina	gr.	0,03
Solfato di magnesia	»	90
Infuso di genziana	»	240

Un cucchiaio da tavola ogni 2 ore, sino a 4 cucchiai al giorno.

NOTIZIE E VARIETÀ

Il medico come veicolo di malattie

In questi tempi di quarantene e disinfezioni rimane ciononpertanto un pericolo, che ogni medico dovrebbe considerare e cercare di prevenire.

Si sono combattute battaglie vittoriose contro la sepsi ed il contagio e si sono resi sempre più rigorosi i precetti riguardanti l'isolamento dei pazienti. L'ottimista crede che si sia raggiunta l'alba dell'immunità contagiosa, pure la meta non può essere raggiunta finchè non si conserva contro il contagio una barriera più perfetta di quel che non dimostri il caso seguente. Un dottore è chiamato a vedere un caso di scarlattina. Egli fa la sua diagnosi e raccomanda che il paziente sia rigorosamente isolato in una stanza con un'infermiera speciale, la quale debba cambiare di vestito quando esce dalla stanza ed evitare il contatto con altre persone, specialmente con bambini. Queste e molte altre restrizioni vengono fedelmente messe in esecuzione dalla famiglia durante l'intero periodo della malattia.

Nel frattempo il dottore visitò spesso il suo paziente ed esaminando la gola ed il corpo viene più o meno in contatto col contagio, specialmente per mezzo del suo vestito, che non cambia o disinfetta prima di lasciare la casa. È stato asserito per

il passato, anche da autorità eminenti, che tale esposizione non sarebbe sufficiente a produrre una impregnazione tale di contagio da poterlo trasportare altrove, ma alla luce delle ricerche odierne tali asserzioni meritano di essere discusse.

Certamente la persona o il vestito del dottore non è stato ancora provato che siano immuni da contagio, ed è a temere che un esame attento delle maniche del suo vestito svelerebbe un numero ed una varietà straordinaria di tali germi morbosi.

Fortunatamente, i suoi pazienti hanno un protettore vigilante nella *resistentia naturae*, quantunque il medico debba eventualmente seminare qualche po' di sementa nel suolo fertile col quale viene così spesso in contatto. Considerando la proprietà dei germi delle malattie contagiose, la loro vitalità, i loro poteri riproduttivi e la distruzione che possono produrre, la nostra responsabilità di sentinella adombra tutte le altre considerazioni.

Un'altra via per la quale il medico può trasportare le malattie è nelle sue mani, specialmente sotto l'unghie; e la difficoltà della loro disinfezione le costituisce sorgente frequente d'infezione. Molto si è ottenuto richiamando l'attenzione su questo pericolo, ma tuttora vi sono dei medici che trascurano affatto questa sorgente d'infezione per i loro pazienti. Molti medici si burleranno o si offenderebbero del suggerimento di portare vestiti molto puliti e barba rasa, ma pensandoci sopra dovrebbero convincersi che l'idea non sarebbe strana. Inoltre bisogna stare attenti al termometro, alla siringa ipodermica, all'astuccio, al ricettario ed a parecchi altri oggetti d'uso giornaliero, come quelli che sono trasportati di casa in casa e possono facilmente diventare veicoli di malattia. Tutte queste vie per le quali possono venir diffusi, ed infatti lo sono, il contagio e la sepsi, sono benissimo conosciute, ma sono generalmente trascurate. Il medico che cura un ammalato che soffre di malattia contagiosa è responsabile di trasportare i germi sul suo vestito, e perciò questo dovrebbe essere convenientemente protetto, specialmente in quei tempi nei quali il contagio infierisce più attivamente. A questo scopo Howell porta da parecchi anni un soprabito impermeabile che costituisce una protezione perfetta ed è convenientissimo per la sua leggerezza. Con tale protezione impermeabile ed avendo cura di evitare i contatti non necessarii col paziente, il medico, dopo di avere disinfettate le sue mani (e la sua faccia, se vi ha bisogno), può lasciare la stanza, appendere il suo vestito in qualche posto pronto in vicinanza, e andar via colla coscienza di non portare con sè nessuno contaggio. Howell tiene pronti due o più di tali vestiti, che vengono disinfettati radicalmente dopo ogni caso, ed avvolti, occupano uno spazio piccolissimo nella vettura. Per la disinfezione del vestito, ove ciò sia necessario, l'uso della formaldeide è senza dubbio una dei mezzi migliori che oggi si hanno.

I guanti di gomma elastica dànno una protezione pratica e sufficiente. Essi proteggono le dita dalle ferite infette o quando si praticano esami degli orifizii; e quando i guanti sono stati sterilizzati, essi proteggono una ferita asettica da ogni infezione che possa trovarsi sulle dita. (*The New-York medical Journal*, vol. 70, n. 2, 8 luglio 1899).

GAZZETTINO

SANTIAGO DI CUBA. *Febbre gialla.* — La febbre gialla miete non poche vittime nell'esercito di occupazione. In un solo reggimento in quattordici giorni ne sono morti 27 soldati.

FORT SMITH (AMERICA). *Avvelenati per l'acqua.* — Alcuni contadini si sono gravemente ammalati per aver bevuto dell'acqua guasta: tre di essi sono morti.

CONEY ISLAND. *Una trattoria nel cimitero.* — V'è una quistione tra i proprietarii di un cimitero e l'ufficio di sanità pubblica circa la convenienza di tenere una trattoria nell'ambito di un cimitero. I proprietarii sostengono che il cimitero è loro e vogliono permettervi di mangiare e bere a chiunque lo desideri.

S. A. LOUIS. Il dott. Hivrich Stern è nominato professore delle malattie del metabolismo al collegio medico-chirurgico.

UNIONVILLE. *Northeast Missouri medical Association.* — Questa società tenne la sua riunione annuale l'11 luglio scorso.

GIAPPONE. *Croce Rossa.* — L'associazione conta ora 590341 membri, di cui 24 onorarii, 1851 speciali, 572040 ordinarii, 16426 aggregati.

ARGENTINA. *Richiesta di veterinari.*—Il console italiano in La Plata (Argentina) partecipa essere stato informato che, in vista delle infermità cui va soggetto il bestiame di Buenos-Ayres (specialmente del carbonchio, che fa strage dalla primavera all'autunno) molti proprietari di mandre fanno ricerca di veterinari.

A questo proposito il presidente del locale Consiglio superiore sanitario assicurò il console che attualmente una cinquantina di veterinari troverebbero facile occupazione nella provincia medesima.

Si avverte però che nè il Governo, nè il r. console in La Plata assumono alcuna responsabilità circa l'eventuale emigrazione di veterinari all'Argentina, per cui questi dovrebbero previamente mettersi in corrispondenza col presidente del Consiglio sanitario in La Plata allo scopo di conoscere quali condizioni verrebbero loro offerte e quali garanzie per l'esatto adempimento del contratto.

NEW-YORK. *Il siero Sanarelli.*—Augusto Lackey, attaccato dalla febbre gialla, curato col siero del prof. Sanarelli, uscì dall'ospedale guarito.

Le autorità mediche pubblicheranno una esatta analisi del caso, aggiungendovi la storia di guarigioni consimili che il prof. Sanarelli ottenne a Vera Cruz.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,15

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

IPNOTICI ED INSONNIA

Un ipnotico ideale sarebbe quello adatto a produrre sonno di sufficiente durata non accompagnato o seguito da fenomeni cattivi: non si conosce però presentemente un tale farmaco ed è dubbio se lo si conoscerà. Però se non se ne può trovare uno affatto innocuo, si può per lo meno trovarne uno più sicuro, in confronto agli altri.

Il Buckley s'occupa in primo luogo degli alcool, delle aldeidi e dei chetoni; poscia dei composti alogeni. La cloralamide e l'idrato di cloralio, se iniettati rapidamente nel circolo, producono la stessa discesa della pressione sanguigna; se vengono però somministrati per lo stomaco o per altra via, per la quale arrivano lentamente nella circolazione, gli effetti depressivi della cloralamide sul cuore e sui vasi sanguigni sono meno pronunziati di quelli del l'idrato di cloralio. La respirazione nemmeno è influenzata allo stesso grado. La tossicità della cloralamide è minore di quella dell'idrato di cloralio. Il cloralosio deprime la circolazione in grado considerevolmente minore dell'idrato di cloralio, ma in considerazione della grande tossicità non si può ammettere la sua innocuità nei casi di malattie cardiache. Il paracloralosio non è di utilità pratica. Altri cloralosii studiati sono il galattocloralosio, l'arabino-cloralosio, il xilocloralosio ed il levulo-cloralosio, ma essi non sono stati sperimentati terapeuticamente. Degli altri composti cloralici, il metacloralio è inattivo perchè insolubile: il butilcloralio idrato è più tossico, più ipnotico e più deprimente sul circolo del cloralio ordinario. I bromo-derivati sono meno solubili e più tossici dei corrispondenti cloro composti, e più deprimenti sul circolo.

Del gruppo degli uretani, il solo etilmetano, detto ordinariamente uretano, è quello che abbia utilità terapeutica. Alle dosi ipnotiche non ha influenza depressiva sulla respirazione o sulla circolazione.

Nessuno degl'ipnotici introdotti in tempi recenti ha destato tanto interesse quanto i sulfoni. Di questi, tre sono in commercio: trionale, tetronale e sulfonale. Ultimamente il modo d'azione e gli effetti tossici dei sulfoni sono stati investigati da parecchi osservatori. Vanderlinden e De Buck emisero l'opinione che l'azione ipnotica sia dovuta ad una diminuzione dell'alcalinità del sangue ed accumulo consecutivo di acido carbonico con povertà di ossigeno nelle cellule nervose: ma questa veduta è stata combattuta da Mayser, von Mering e Giessler. Hoppe-Seyler e Ritter credono che il fatto principale dell'avvelenamento acuto per queste sostanze sia una distruzione dei corpuscoli rossi.

Buckley Bradbury s'occupa degl'ipnotici vegetali: morfina, ecc., dei derivati della morfina, come peronina, poscia delle canape indiana, della ioscina e della pallotina; quindi viene a discutere delle cause e del trattamento dell'insonnia. Le cause di questa possono essere classificate in 4 gruppi: 1) Cause irritative. Questa classe abbraccia tutte le forme d'insonnia prodotte da dolori o disturbi più lievi: dentizione, indigestione e vermi nei bambini, sforzo oculare, come nell'ipermetropia, e nell'astigmatismo, l'irritazione di un eczema, gl'inconvenienti prodotti da tumori adenoidi del retrobocca o da altre condizioni simili. Dopo operazioni chirurgiche, anche mancando il dolore, non è infrequente l'insonnia. Piedi freddi, affezioni vescicali, asma, bronchite vanno compresi anche in questo gruppo. 2) Cause tossiche. Parecchie malattie sono dovute alla o sono accompagnate dalla presenza nel sangue di qualche agente tossico, e tali malattie sono spesso accompagnate da insonnia. L'alcoolismo e il nicotismo, gli esantemi (morbillo, scarlattina), le febbri intestinali ed altre febbri continue: l'eresipela, la difterite, la pneumonite, i disturbi epatici (litemia di Murchison), la dispepsia ed altri disturbi gastrici ed intestinali, il reumatismo, la gotta, il morbo di Bright rientrano in questo gruppo. L'insonnia che accompagna le malattie cardiache e vascolari (arterio-sclerosi) può essere compresa in questo gruppo, come pure quella prodotta da alcune bevande (thè, caffè, coca). L'insonnia è anche un sintoma di alcune abitudini medicamentose, come oppiofagia, morfinismo e cocainismo. 3) Cause psichiche. Afflizioni, pene, affanno ed ansietà mentale sono le cause più frequenti d'insonnia. In parecchie persone esiste un fattore predisponente, un temperamento nervoso, e fra tali persone l'insonnia può stabilirsi facilmente come abitudine. Il lavoro esagerato di studente, se specialmente accompagnato da irregolarità dell'ora di riposo ed il prospetto di esami sono le cause più frequenti. Le donne nel periodo della menopausa soffrono spesso d'insonnia, dovuta in parte all'accumulazione di prodotti tossici non eliminati coi catamenii.

Le diverse forme di pazzia sono accompagnate da insonnia come sintoma premonitorio;

ma non può esservi dubbio che la perdita continua del sonno è un fattore che può produrre l'aberrazione mentale. Sono anche notati nell'insonnia, casi di corea e di *paralysis agitans*. 4) Cause che provengono del cambiamento nel modo di vivere. Il pranzare tardi per quelli che non vi sono avvezzi, cambiamento di clima, specialmente nelle regioni elevate o in alcuni individui anche alla spiaggia del mare, dànno qualche volta origine ad insonnia temporanea. L'insonnia può anche aversi nelle persone con occupazioni notturne intermittenti. Dalla molteplicità di questi fattori causali risulta evidente che non si può seguire unico indirizzo terapeutico per tutti i casi. La prima cosa da fare è di rimuovere la causa, perciò il trattamento dell'insonnia si risolve nel trattamento della condizione causale. Se si tratta d'indigestione, acidità o dispepsia gottosa, s'abbia attenzione alla dieta, è essenziale di evitare il the, le frutta e tutte le sostanze che contengono acidi vegetali. Nella gotta dovrebbe essere proibita la carne ed i pesci grassi. Nel l'insonnia dei vecchi e dei sopra affaticati ed in quella dovuta a malattie cardiache e vascolari la stricnina è un rimedio pregiato. Nelle malattie cardiache e nei neurastenici con bassa tensione arteriosa bisogna ricorrere alla digitale ed agli altri cardiotonici. Nell'anemia si prescrivono il ferro, la noce vomica e qualche volta la digitale; in simil guisa debbono essere trattate altre malattie che sono fattori causali d'insonnia.

Ma questo metodo spesso non è sufficiente. Le rimozione della causa non restituisce il sonno ristoratore. La ragione è che le cellule cerebrali hanno assunto una condizione d'irritabilità, ed è necessario per deprimere la loro attività di riportarle ad uno stato più normale; in altri termini bisogna rompere l'abitudine dell'insonnia ed è qui che gl'ipnotici sono di grande pregio. Nella scelta di questi in ogni caso, bisogna farsi guidare dall'investigazione sperimentale e dall'esperienza clinica. La terapia dell'insonnia si può dividere in medicinale e non medicinale.

La stanza da letto dev'essere collocata in una parte quieta della casa, ben ventilata e di temperatura moderata, la luce esclusa, letto, materassi, guanciali e coperte disposti diversamente secondo le abitudini particolari ad ogni individuo. Alcune persone discorrono con loro stesse per dormire, altre contano, altre pensano a qualche discorso monotono. Il passeggiare nudi, ovvero un bagno freddo o tiepido riescono spesso d'utilità. Il massaggio è qualche volta vantaggioso. Deve anche prestarsi attenzione alle condizioni dello stomaco. Per regola, è ottima una cena leggiera, e per alcuni, specialmente per quelli che si svegliano nel mezzo della notte, sono utili un po' di latte caldo o di succo di carne contenente piccole quantità di alcool. L'insonnia da lavoro esagerato, specialmente letterario, richiede riposo mentale e cambiamento d'aria e di vita. Spesso sono utili l'esporsi temporaneo all'aria fredda della stanza da letto, o l'impacco umido o il bagno, come pure un bicchiere di wisky e d'acqua nell'ora d'andare a letto, specialmente in quelli che non sono avvezzi all'uso dell'alcool; ma se l'insonnia continua, è necessario dare un ipnotico leggiero.

Nelle donne nervose ed isteriche, specialmente nel periodo della menopausa, sono molto utili i bromuri. L'insonnia dei pazzi richiede un trattamento prudente. Negli stadii precoci della mania acuta i bromuri, il cloralio, l'ioscina ed altri ipnotici sono da raccomandare, ma un bagno caldo, versando contemporaneamente acqua fredda sul capo, è molto efficace a produrre il sonno.

Nella melanconia, nella quale la tensione arteriosa è ordinariamente elevata, la paraldeide è un ipnotico pregevole, come pure le morfina. Nei casi leggieri di *delirium tremens* il sonno ritorna d'ordinario dopo un trattamento qualsiasi adottato per un certo tempo; nei casi più gravi sono vantaggiosi il cloralio ed i bromuri, soli o in combinazione. Da alcuni medici è raccomandata la paraldeide. Gli oppiati possono venire somministrati, ma nel più dei casi la ioscina è probabilmente un rimedio più efficace. Nelle pneumoniti se il sonno non è tornato colla crisi, s'ha utilità dall'uso di qualche ipnotico, come cloralamide o paraldeide. Nella pleurite ed altre infiammazioni delle sierose, 30-60 cgr. di polvere di Dower portano il sonno, diminuendo il dolore. Si può praticare un'iniezione ipodermica di chinina allo stesso scopo. Nella bronchite il cloralio e la cloralamide sono ipnotici sicuri e per regola debbono evitarsi gli oppiati, come quelli che deprimono il centro respiratorio. L'insonnia dell'asma è alleviata dell'idrato di cloralio, dai fumi di Hiarrod o da altre polveri asmatiche, dall'iniezioni ipodermiche di morfina, dall'uso del citrato di cafeina. I bromuri sono pure utili, così anche la paraldeide; entrambi questi rimedii alleviano l'asma e cagionano il sonno. Spesso riesce il cambio di località, anche in un'altra parte della stessa città. L'insonnia delle malattie cardiache trae profitto dalla digitale, dallo strofanto, dalla stricnina e da altri cardiocinetici; ma in alcuni casi è necessario di ricorrere alla morfina sia per bocca, meglio ipodermicamente. Sono utilissimi la paraldeide e la cloralamide. Il ghiaccio alla testa è raccomandato da Morison. Nel morbo cronico di Bright, si provino gli aperitivi; se questi non riescono allo scopo, può darsi l'idrato di cloralio; questo riesce meglio nelle malattie renali che nelle cardiache. La morfina e la ioscina per iniezione sottocutanee sono state raccomandate in casi ostinati, ma il loro uso richiede grandi precauzioni. In casi di nevralgia, atassia locomotrice ecc. alcuni degli analgesici, come la fenacetina, sono di utilità. Questi farmaci agiscono da ipnotici in casi, in cui non v'ha dolore. Il cloruro di calcio è un rimedio prege-

vole nell'insonnia dovuta al prurito. Ma quando il dolore è il fattore causale dell'insonnia, la morfina è il migliore rimedio generale, e deve somministrarsi finchè s'ottiene sollievo.

BIBLIOGRAFIA

Baumann e Kast. *Zeit. f. Phys. Ch.* 14, pagina 52. — Mayser. *Deut. med. Woch.* 1896, 185. — v. Mering. *Ther. Monats.* 1896, 421.—Giessler. *Din. Halle.* —Hoppe Seyler e Ritter. *Münch. med. Woch.* 1897, 355-391. —Dreser. *Pflüger's Arch.*, 72, p. 455. — Buckley Bradbury. *British medical Journal*, n. 2009, 2010 e 2011, 1899.

LAVORI ORIGINALI

I. Clinica medica della R. Università di Napoli diretta dal Prof. E. DE RENZI
(sezione Batteriologia)

SULLA PRESENZA DELLO PNEUMOCOCCO NEL SANGUE

Prof. D.r N. Pane, doc. di med. interna

(*Cont. e fine*)

Tale era il risultato delle mie ricerche quando nell'ottobre del decorso anno (1898) al congresso di medicina interna vennero a mia conoscenza i risultati di Baduel ottenuti col suo metodo sopra esposto, risultati corroborati dalle posteriori ricerche di Silvestrini eseguite nello stesso istituto clinico di Firenze, dove furono espletate le prime. Avendo (il Baduel) mostrato un fermo convincimento d'avere ottenuti risultati precisi e d'altra parte non essendomene io punto convinto stante i precisi miei risultati, concordi con quelli dei più autorevoli osservatori stabilii di sottoporli a controllo per poterli vagliare per via diretta. Poichè la specialità del metodo di Baduel-Silvestrini, per cui si distingue da quello adoperato da altri osservatori e da me, consiste nella defribinazione del sangue estratto dalla vena, e nella successiva dimora di questo per 24 ore a 37° nell'incubatrice prima di adoperarlo per colture in brodo, (Baduel e Silvestrini hanno sempre trascurato di istituire contemporanee colture in agar), è evidente che la causa della differenza nei risultati avrebbe dovuto ricercarsi in un'azione battericida esercitata dal sangue pneumonitico sui batteri, da esso contenuti, mediante la formazione di fibrina nel miscuglio di sangue e brodo ovvero in un'azione battericida esercitata dal brodo sui batteri contenuti nel sangue pneumonitico estratto dalla vena e ad esso mescolato. L'una è l'altra delle due azioni battericide sarebbero state eliminate defibrinando il sangue e facendovi sviluppare lo pneumococco prima di farne miscugli in brodo.

Mi è sembrato quindi razionale prima di ripetere meccanicamente nei miei pneumonitici il metodo degli anzidetti autori, di ricercare che cosa vi fosse di vero in tale supposizione, poichè nel caso di risultato positivo sarebbe stato affatto inutile il controllo.

Quando si trasporta una particella di sangue di coniglio morto di setticoemia pneumonica, in brodo di ottima qualità, di reazione leggerissimamente alcalina, si sviluppa alla temp. di 37° una coltura rigogliosa, che raggiunge il massimo sviluppo tra 16-20 ore. Ciò viene dimostrato nel modo più evidente mediante colture a piastra in agar gluco-glicerinato fatte con una diluizione di brodo-coltura a 1: 200,000,000 in acqua distillata sterilizzata cioè tale che 1 cc. contiene 5 miliardesimi di brodo-coltura. Prendendo come testo questi cinque miliardesimi di brodo-coltura le esperienze colturali comparative dimostrano che essi contengono 8 a 20 pneumococchi (rispettivamente colonie, che dai medesimi vengono prodotte nell'agar), se la coltura in brodo non oltrepassava le 20 ore di età. A misura che questo tempo diventa maggiore il numero di pneumococchi decresce, sicchè, oltrepassate le 30 ore, nei 5 miliardesimi di brodo-coltura non si trovano più pneumococchi vitali.

In ogni caso però è indispensabile perchè la coltura a piastra riesca bene, che si faccia nel modo più rapido possibile, e che appena fatta si ponga nella stufa a 37°. Ritardando ad es. oltre 30 minuti a trasportare lo pneumococco nell'agar, o questo nella stufa, si corre il rischio che nessuna colonia di pneumocchi si sviluppa. Se invece dell'agar s'adopera il brodo per trapiantarvi i cinque miliardesimi di brodo-coltura, si ottiene una coltura rigogliosa dopo 24-30 ore alla temp. di 37°.

Premesso ciò é facile concepire che qualunque mezzo dannoso, anche leggiermente, alla vita dei pneumococchi, viene introdotto nell'agar o nel brodo nel momento, in cui essi vi si trasportano nell'esigua quantità contenuta in cinque miliardesimi di brodo-coltura, deve produrre o un considerevole ritardo nel loro sviluppo ovvero la sospensione totale o parziale di questo, talchè l'agar ed il brodo rimangono sterili. In tal modo procedendo e

adoperando volta a volta ora il sangue appena estratto dalla vena dell' uomo sano o dello pneumonitico, ora il siero ascitico, ora il siero di sangue di diversi animali (asino, vacca, coniglio) nuovi o aventi raggiunto un alto grado d'immunizzazione contro lo pneumococco, ho potuto osservare che questo batterio non solo non restava danneggiato dalle dette sostanze (1 a 2 cc. su 10 cc. di agar o di brodo) ma il suo sviluppo veniva invece affrettato considerevolmente sicchè le colonie in agar con sangue o siero dopo 24 ore avevano raggiunto il loro massimo sviluppo, mentre nell'agar solo lo sviluppo massimo si raggiungeva dopo 48 ore circa.

Similmente nel brodo ha avuto luogo la stessa differenza, ma in tempo più breve che nell'agar. Talvolta oltre il maggior rigoglio dello sviluppo in agar-sangue o siero, vi si sono sviluppati pneumococchi in maggior numero, che nell'agar solo.

Il sangue pneumonitico da me adoperato per queste ricerche preliminari fu ricavato da un infermo, ricevuto nella 1ª clinica medica in stato molto grave, che guarì, e che durante il decorso della malattia non dimostrò punto pneumococchi nel sangue in tre esami consecutivi fatti al 4.° 5.° e 6.° giorno (la crisi si ebbe in 7ª giornata). Per non rendere oltremodo lunga questa mia nota io debbo limitarmi a riferire che nei 9 pneumonitici che quest'anno scolastico (1898-99) sono entrati nella 1ª clinica medica e di cui ho fatto l'esame del sangue non mi è riuscito mai di vedere differenza tra il risultato ottenuto col sangue non defibrinato e con quello defibrinato e tenuto a 37° per 24 ore. Il sangue veniva da me defibrinato col metodo in uso quando si facevano le ricerche per dimostrarne l'azione battericida, cioè appena estratto dalla vena si versava in un pesa-filtro sterilizzato contenenente delle palline di vetro del pari sterilizzate, agitando ripetutamente per 30-40 minuti, tempo assolutamente necessario per impedire la coagulazione del sangue pneumonitico. Esso poi veniva aspirato con pipetta sterile e messo in provetta ordinaria e quindi nella stufa. In tutti gl'infermi guariti tale risultato è stato in entrambi i casi costantemente negativo. L' unica differenza che ho spesso osservato è consistita nel fatto, già sopra indicato, che l' intorbidamento del brodo contenente forte proporzione di sangue, si è presentato nei tubi con sangue, defibrinato anche quando non appariva in quelli con sangue non defibrinato. L'errore di credere alla presenza di una coltura batterica veniva evitato nel modo sopra riferito. Anzi a questo proposito credo interessante riferire ciò che mi è occorso nell'esame di uno pneumonitico che morì, e di cui fu fatta l'autopsia.

Trattasi di un infermo a nome Antonio Prudente cuoco, di anni 58. Entrò in clinica con leggerissimo rantolo tracheale e respirazione profonda e molto frequente (38 al minuto) a tipo completamente addominale. L'esame fisico fece rilevare pneumonite di tutto il lobo inferiore sinistro, il cui inizio l'infermo assicurava aver avuto luogo 8 giorni prima. In assenza del direttore della clinica Prof. De Renzi, avendo giudicato il caso sicuramente mortale e in uno stadio, in cui la sieroterapia specifica nulla avrebbe potuto mutare, la scartai siccome inutile. L'infermo presentava una forte resistenza dell'azione cardiaca, talchè la pressione sfigmomanometrica dell' arteria omerale si conservò da 110 a 138 fino al principio del giorno finale.

Dal momento dell' ingresso alla morte passarono 3 giorni, in cui persistette sempre il rantolo tracheale, ma l' agonia vera si ebbe negli ultimi due giorni e fu assai penosa. Lo pneumococco nell' espettorato si presentò caratteristico e nella parte centrale dei blocchi appena emessi quasi in coltura pura. Evidentemente io profittai di questo infermo per fare degli esami del sangue col doppio metodo.

Il giorno d' ingresso in clinica io estrassi dalla vena circa c.c. 10 di sangue, ed anche c.c. 10 il secondo giorno, il terzo mi riuscì d'estrarne circa 6 c.c. e alla fine del 4° giorno, nell' agonia già estrema, mi riuscì di poterne appena 1 c.c. circa. Essendo stati tutti gli esami negativi, io feci un ultima prova con alcuni c.c. di sangue aspirati dal cuore durante l'autopsia, ma anche con esito negativo. In quest'ultimo che fu fatto soltanto in agar per determinare i batteri post-mortali. si svilupparono molte colonie che l'esame opportuno dimostrò trattarsi di stafilococchi albi, dovuti senza dubbio ad inficiamento.

Nel sangue di questo infermo si dimostrò straordinariamente pronunziato il fenomeno dell'intorbidamento dei miscugli in brodo. Anche nei tubi in cui a circa 10 c. c. di brodo si versarono appena c.c. 0,2 circa di sangue de-

fibrinato, l'intorbidamento dopo 24 ore di permanenza nella stufa era molto evidente; tuttavia l'innesto in agar gluco-glicerinato non dimostrò alcuna forma batterica, mentre l'esame microscopico fece rilevare i soliti numerosi granuli di sostanza albuminoide, causa certa dell'opacità del liquido.

L'assenza di pneumonocchi nel sangue di questo pneumonitico, mentre spiega la straordinaria lunghezza del periodo preagonico ed agonico dimostra in modo evidente che vi possono essere casi di pneumonite mortali, sebbene molto rari, in cui la proprietà antibatterica del sangue contro lo pneumococco si conserva fino all'ultimo e ne ostacola la diffusione.

Sulla causa di ciò è fuor di luogo parlare in questa nota, bastando d'aver segnalato il fatto, che del resto è stato osservato anche da altri ricercatori.

Venendo ora all'esame critico dei risultati del Baduel, che in 57 casi di pneumonite, quasi tutti guariti, afferma d'aver trovato lo pneumococco nel sangue di 55, e di quelli ottenuti dal Silvestrini, che in 16 casi, di cui 4 morti, avrebbe trovato lo pneumococco nel sangue di 15, io son costretto a dichiarare, che invano ho ricercato nelle loro rispettive pubblicazioni la dimostrazione convincente di un fatto, che, ove fosse vero, getterebbe un completo rivolgimento in tutte le nostre conoscenze fondamentali batteriologiche sulla infezione del sangue. Infatti nella nota del Baduel invece di dati precisi, analitici, si trovano soltanto affermazioni generali, tra cui la maggiore « che la virulenza dello pneumococco si dimostra soltanto in un terzo dei casi ». Nella nota del Silvestrini lo stesso tono affermatorio; ma per buona sorte, occupandosi egli dell'esame di singoli casi, ci rileva su quali solide basi si fondano i risultati ottenuti.

Ed infatti egli si contenta di dire che la presenza dello pneumococco la deduceva dallo intorbidamento osservato nel brodo e dall'osservazione dei preparati microscopici, non preoccupandosi neanche lontanamente quando la inoculazione negli animali (topolini bianchi e conigli) dimostrava che i suoi affermati pneumococchi non avevano ombra di virulenza. Ed a ciò si deve aggiungere un altro fatto, che in batteriologia, specialmente nello studio dello pneumococco, non è lecito trascurare la ricerca dello sviluppo del pneumococco in agar in colture a piastre fatte direttamente dal sangue o almeno dalle pretese colture di pneumococchi *virulenti e modificati* asseriti dal Baduel e Silvestrini, ma che nessun altro autore ha mai osservate nel sangue pneumonitico dell'uomo.

E come se tutto ciò non bastasse per confermare le conclusioni anche di un batteriologo della maggiore competenza, il Silvestrini dà egli stesso la prova della poca attendibilità batteriologica dei suoi trovati aggiungendo a mò di conclusione « Non bisogna rigettare credendole colture inquinate, certe in cui il diplococco presenta aspetto insolito... Non bisogna rigettare come tubi sterili quelli nei quali non si vede intorbidamento... » ed in tali casi il tutto si deve limitare secondo l'A. all'esame microscopico per affermare se esisteva o no lo pneumococco di un dato infermo!

CONCLUSIONE

I risultati sopra riferiti da me ottenuti, che io ho soltanto accennato in altre pubblicazioni e che non sono stati per nulla modificati adoperando il metodo di Silvestrini e Baduel mi hanno formato il fermo convincimento che nel sangue dei pneumonitici ordinariamente non si trovano pneumococchi fino a che non si verifichino fenomeni tali di alterazione dell'organismo, per cui cessando poco a poco i poteri di difesa nel sangue, essi cominciano a svilupparsi, affrettando l'esito letale, che come si osserva in rarissimi casi, senza la presenza di pneumococchi nel sangue, avviene con molto ritardo. In conclusione io son venuto nello stesso convincimento dell'osservatore più autorevole nella quistione della presenza dei pneumonococchi nel sangue, di A. Fränkel, a cui dobbiamo la scoperta che l'agente causale della pneumonite è il diplococco salivario.

Egli dunque in base alle proprie osservazioni e a quelle eseguite dai suoi assistenti nella sezione medica da lui diretta nel grande Ospedale *Am Urbam* di Berlino, dichiarava nella Accademia di medicina di questa città, che la presenza dello pneumococco nel sangue dello pneumonitico, è segno di morte imminente (« *est signus mortis imminentis* »). A questa regola, come lo stesso Fränkel dichiara, fanno eccezione quei rarissimi casi di pneumonite, che si complicano con la formazione d'empiema o di focolai metastasici, nel cui sangue dopo la formazione del pus, sono stati dimostrati rarissimi pneumococchi mediante colture a piastre in agar.

In tali casi sono state constatate sicure guarigioni (Kohn) in seguito all'eliminazione dei focolai purulenti. In conclusione stando il fatto anzidetto della formazione di focolai metastasici in qualche eccezionalissimo caso di pneumonite non seguito da esito letale, è da ammettere che rari pneumococchi possono essere trasportati nel circolo sanguigno, dal polmone infiammato, e non trovarvi immediatamente la morte. In conseguenza di ciò è possibile che in tale evenienza qualche pneumococco possa capitare nel sangue aspirato dalla vena e quindi nei mezzi di coltura opportuni riuscirne lo sviluppo. Ma da una tale possibilità che io mi auguro poter verificare nei miei ulteriori esami, già verificata da alcuni autori eccezionalmente, quantunque la dimostrazione non sfugge ad obbiezioni critiche rigorose, all'ammettere in base a ricerche affatto incerte che lo pneumococco vive nel sangue dello pneumonitico e vi si si può dimostrare quasi sempre, come fanno Baduel e Silvestrini vi corre tale una differenza, che non è possibile, neanche lontanamente modificare.

Bibliografia delle ricerche sulla presenza dello pneumococco nel sangue di pneumonitici viventi

Talamon. *Progrès medical* 1893. — Lucatello. *Archivio italiano di clinica medica* 1889.— Belfanti. *Riforma Medica* 1890. — Netter. *Archives de médecine experimentale* 1890.—Goldscheider. *Deutsch. med. Wochenschrift* 1892. — F. e G. Klemperer. *Berliner kl. Wochenschrift* 1893. — Casati. *Lo Sperimentale* 1893.—Klein Pathologie des Blutes. Berlin 1897 (in questo libro sono citati lavori dei più noti ricercatori: Grawitz, Bouley ecc.). — A. Fränkel. *Deutsch. med. Wochenschrift* 1896 e 1897. — H. Kohn. *Deutsch. med. Wochenschrift* 1897. — Kühnan. *Zeitschrift f. Hygiene u. Infections Krankheiten* Vol. 25. — Nazari. *Riforma Medica* 1897, vol. 2°. — Sereni. *Policlinico* 1897, vol. 4°. — Mariotti Bianchi. *Clinica medica italiana* 1898. Baduel. *Riforma Medica* 1899, vol. 1°. — Silvestrini e Sertoli. *Riforma Medica* 1899, vol. 2°.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE SAINT-LOUIS DI PARIGI

Prof. Fournier

La pitiriasi rosea di Gibert

Due condizioni rendono specialmente difficile lo studio della dermatologia, la molteplicità delle denominazioni date ad una malattia della pelle (vi sono malattie cutanee che hanno fino a 10 nomi) ed il fatto che lo stesso nome si dà a malattie differenti. Riguardo alla pitiriasi per esempio, v'ha la pitiriasi alba, la pitiriasi vescicolosa, la pitiriasi rosea, la pitiriasi rosea pilare, la pitiriasi tricofitica. Questa molteplicità di denominazioni applicata ad una stessa affezione e quest'unità di denominazione applicata a malattie del tutto differenti creano difficoltà e sono cause di confusione. Proviene senza dubbio da ciò se la pitiriasi rosea non ha fatto breccia nel mondo medico ed é quasi totalmente ignorata dai medici.

La pitiriasi è un pseudo-esantema costituito da una roseola squamosa che compie la sua evoluzione nello spazio medio di 4-6 settimane. Che cosa è un pseudo-esantema? È un termine intermedio tra una febbre eruttiva ed una dermatosi cronica.

Fra le malattie che presentano manifestazioni cutanee, vi sono due tipi ben netti: 1) Un'affezione cronica, senza febbre, senza evoluzione e senza durata fissa. La psoriasi, per esempio, è un'affezione cronica senza febbre, senza evoluzione e senza durata fissa. 2) Prendiamo ora una febbre eruttiva. È una malattia acuta febbrile, a decorso rapido, ad evoluzione fissa, a durata fissa, come la scarlattina per esempio.

Fra questi due tipi eruttivi, vi sono dei tipi intermedii un po' febbrili, ciclici, ma meno delle febbri eruttive, rapide ma meno di queste ultime, che si avvicinano a loro per la loro scomparsa spontanea: sono i pseudo-esantemi.

Gibert, che individualizzò nettamente la pitiriasi e l'aveva chiamato pitiriasi rosea e, per fargli omaggio, la si chiama pitiriasi rosea di Gibert, ma la si è chiamata anche *pityriasis rubra exanthematica, pityriasis maculata*, circinnata, eritema desquamativo, roseola squamosa.

La malattia presenta due modi d'inizio: ora leggiero malessere, un po' di febbre, di cefalalgia, di abbattimento, di stato gastrico per 12-24 ore e tutto è finito; ora nulla e l'eruzione apparisce di botto. All'inizio sono piccole macchie rosee che compaiono al collo ed al torace, queste macchie aumentano di superficie o diventano acuminate, si moltiplicano e formano l'eruzione confermata. Questa somiglia alla roseola sifilitica, o poco manca. Ma vi sono tre caratteri che richiamano l'attenzione: È una eruzione importante per estensione, essendo quasi generalizzata; è un'eruzione a macchie indipendenti, a piccole macchie rosee sopra un fondo di pelle assolutamente sana; è un'eruzione incoordinata, cioè i suoi elementi non formano gli uni cogli altri un aggruppamento qualsiasi, non formano gruppi, cerchi ecc. Le macchie sono di tre ordini di grandezza. Le une sono piccolissime, quanto una lenticchia, un grano d'orzo o un grano di frumento; le altre sono più importanti sia individualmente che per la loro coalescenza; le ultime costituiscono medaglioni. Le piccole e le grandi macchie formano il grosso dell'eruzione; le si contano a centinaia ed a migliaia, l'ultime sono rare.

Le macchie hanno un colorito roseo più o meno

accentuato, che non va mai fino al rosso. Sono macchie farinose, cioè infarinate d' una polvere leggiera, finissima, sono squamette, sono come farina. I medaglioni sono macchie più importanti delle altre e generalmente della grandezza di un pezzo da dieci soldi, d'una mandorla, d'una prugna, sono circolari od ovalari e constano di regola d'una cornice e di una porzione centrale. La cornice è costituita da un ricamo di 1-2 mm. di larghezza, roseo, appena sollevato e leggerissimamente squamelloso. D' altra parte sulla porzione centrale si vede la pelle sana, ma pure un po' fuligginosa, un po' carica di colorito, e percorsa da alcuni tratteggi particolari. Questi medaglioni dànno all'eruzione una fisonomia particolare. È un elemento del tutto speciale allato alle macchie simulanti la roseola, e bisogna ricercarlo nei casi dubbii. Ma di medaglioni non ve n'ha molti.

In un caso medio ve ne ha per esempio una dozzina, ove le altre macchie sono a centinaia od a migliaia. Altre volte ve ne ha un minor numero, una mezza dozzina, alle volte cinque, quattro, tre, una sola, alle volte nessuna. Non bisogna perciò giudicare dell' importanza di questi elementi dal numero, sibbene dalla loro forma. Un piccolo particolare è stato aggiunto da B r o c q, che cioè in alcuni casi si trova un medaglione principale che comparisce il primo, ed è più grande degli altri.

Nessuna vescichetta, crosta o pustola, nessun'altra lesione si aggiunge all'eruzione suddescritta. Nulla nemmeno si aggiunge come malattia. Alle volte si ha all' inizio una piccola elevazione febbrile, del resto non prurito ovvero un prurito leggiero od intermittente.

È una malattia disseminata, che però ha delle sedi di predilezione come il collo, il torace ed i segmenti superiori delle membra; è rarissima alla faccia ed all' estremità degli arti. L' evoluzione è semplicissima. L'eruzione è successiva, cioè non si svolge ad un tratto nè rapidamente; prima compaiono alcune macchie, poi altre fino ad eruzione completa. L' eruzione si estende per pullulazione continua e progressiva e non per gittate; quindi si trovano nello stesso individuo macchie di diversa età. L' eruzione è discendente per l'insieme del corpo e discendente per ognuno dei segmenti del corpo invasi: l' eruzione si produce dapprima alla parte superiore del torace, poi alle spalle, poi alla parte superiore delle cosce, in seguito scende sul tronco; sulle braccia, sulle gambe. La malattia dura circa sei settimane, ogni macchia circa 15 giorni, donde la conseguenza che la malattia è polimorfa: si trovano macchie in via di risoluzione, macchie adulte e macchie giovani. Realmente la durata dell' affezione è diversa, ma abitualmente varia fra 4 e 6 settimane, più spesso di 4; alle volte è più breve, ma raramente dura meno di 15 giorni; alle volte invece dura dippiù da 6 settimane a 2 mesi, ma si spegne sempre lentamente, progressivamente.

Come tutte le malattie; anche questa presenta delle varietà, sia per colorito, sia per confluenza, sia per il numero dei medaglioni. Riguardo al colorito, la pitiriasi è rosea, ma può essere più o meno rosea, così se ne sono visti quasi rosse; si sono viste anche, ma eccezionalmente, pitiriasi rosee, sulle membra inferiori e su arti varicosi diventavano quasi rosse ed anche con tendenza alla tinta purpurea.

Altre volte la pitiriasi è di un roseo molto pallido, ma anche questo è un fatto eccezionale. Riguardo alla confluenza. vi sono pitiriasi discrete, con alcune centinaie di elementi soltanto. Altre sono estremamente confluenti, crivellano il corpo e si contano a migliaia. Havvi una varietà con medaglioni multipli: si è chiamata questa varietà *pytiriasis circinnata*, in essa i medaglioni si contano a centinaia; sebbene rara, questa varietà pur esiste.

Questa malattia ha una sola terminazione, cioè la risoluzione spontanea, progressiva ed affatto favorevole; nessuna complicazione, nessun accidente. Si aggiunga che ha un'evoluzione ciclica, fatale; comincia con una gittata più o meno intensa, si continua con una pullulazione giornaliera e si estingue in 4-5-6 settimane malgrado ogni trattamento, che non abbraccia l' evoluzione della malattia nemmeno di un' ora. Che cosa è questa malattia? Qual'è la sua etiologia? È oscura; ciò che si sa è che non è contaggiosa. E frattanto è probabilmente un' affezione parassitaria, almeno così si è preteso. ma basandosi su che? Le ricerche della scuola tedesca la mettono in relazione col *tricophyton*, questo è un grave errore; altri hanno trovato spore, bastoncini, cocchi ecc. nulla però è dimostrato di tutto ciò. Intanto è una malattia parassitaria, almeno tutto induce a crederlo e la sua evoluzione specialmente. Tutto ciò che si può dire è che si sviluppa spontaneamente. Havvi cause predisponenti? Si. È una malattia di stagione, che appare nelle stagioni di transizione. Ciò che si sa inoltre è che essa colpisce i soggetti giovani, non i fanciulli o i vecchi nei quali è rara. Infine è più comune nella donna che nell'uomo. Si è incriminato il freddo, i disordini di regime, ma nulla di ciò è dimostrato.

Riguardo alla cura, contro il piccolo periodo febbrile si dia un po' di antipirina. Più tardi, se v'è prurito, si prenda qualche bagno tiepido e si usino pomate, per esempio quella al glicerolato d'amido. Si sono tentati contro questa malattia il solfato di rame, il bicarbonato di sodio, l'arsenico, il joduro di potassio, di sodio, ma senza alcun risultato. I medicamenti sono inutili, non abbreviando affatto la durata della malattia.

Ma infine, qual' è dunque l' interesse di questa

malattia? È enorme e risiede nella diagnosi. La diagnosi è difficile? No. Tutto sta nel conoscere l'esistenza di quest' affezione e si ha, per riconoscerla, una sintomatologia ed un'evoluzione affatto speciali.

Quanto alla sintomatologia, la pitiriasi rosea è una roseola, sì, ma una roseola farinosa, desquamativa, squamellosa; a livello della cornice dei medaglioni è anche più di farina; sono squamule. La pitiriasi rosea è costituita semplicemente da macchie, senza ispessimento del derma, il che la differenzia dalla psoriasi. Infine vi sono i medaglioni. Riguardo all'evoluzione, l'invasione è successiva, insensibilmente progressiva e progressivamente discendente. Questi sono i caratteri che dànno alla pitiriasi rosea una fisonomia speciale. Intanto vi sono tre malattie che possono venir confuse colla pitiriasi rosea: sono l' eczema seborroico, la pitiriasi versicolore e la roseola sifilitica. Per l'eczema seborroico, Fournier si riserva a parlarne in una prossima lezione. La *pityriaris versicolor* presenta analogie, ma anche differenze. Essa è una malattia cronica che dura per anni, in essa le macchie sono limitate al torace; mentre la pitiriasi rosea è rosea, la *pityriasis versicolor* è di colorito caffè e latte; conficcando profondamente l'unghia nella *pityriasis versicolor*, se ne stacca un vero truciolo d'epidermide contenente le spore; si ha infine il criterio dell'esame microscopico che in un frammento di questo truciolo svela la presenza del *microsporon furfur*.

La diagnosi differenziale della roseola sifilitica si basa su tre grandi caratteri: il carattere squamoso della pitiriasi, mentre non si trovano mai squamule nella roseola, la presenza dei medaglioni che non si hanno mai nella roseola sifilitica, ed infine il criterio di maggiore importanza cioè l'esistenza della sifilide, la quale non deve mai diagnosticarsi da un solo sintomo qualunque esso sia, ma da un complesso di sintomi. (*L' Indèpendance mèdicale*, anno 5°, n. 30, 26 luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V. CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA
tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899

Huchard. **Le miocarditi croniche.** — L'infiammazione non gode nelle lesioni dette della miocardite e sovratutto nella cronica, che un ufficio secondario. Non vi ha una miocardite cronica procedente da una miocardite acuta o evolvente per suo proprio conto. Vi sono lesioni del miocardio a decorso acuto o cronico sui quali il processo infiammatorio può innestarsi a titoto di epifenomeno o di complicazione. L' alterazioni note e descritte sotto il nome di miocardite cronica comprendono le lesioni del tessuto interstiziale, le lesioni parenchimatose e quelle vascolari. Queste lesioni sono rilegate da un legame patogenetico. Il loro aggruppamento speciale permette di distinguere parecchie modalità anatomiche. La arterio-sclerosi del cuore è caratterizzata da focolai di lesioni degenerative delle fibre cardiache, di cui il termine ultimo è una varietà di sclerosi (cardio-sclerosi, sclerosi distrofica degli arterio sclerotici). Tali focolai occupano il territorio vascolare di una arteriola stenosica, e la sclerosi è detta distrofica perché è la conseguenza di un disturbo di nutrizione per ischemia. Non è che secondariamente alle alterazioni nutritive delle fibre muscolari che la sclerosi compare là dove esistono le alterazioni vascolari.

Il cuore in tali casi è aumentato di volume, globuloso, di consistenza dura irregolarmente, sovraccarico di grasso, di colore poco differente dalla norma alla superficie ma rosso-grigiastro o giallastro come marmorizzato alla sezione. Il cuore degli arterio sclerotici è ipertrofico e dilatato, ed il più spesso l'ipertrofia precede la dilatazione.

Le arterie coronarie sono ateromatose in gradi ed estensione variabili. Alla sezione del miocardio si riscontrano, tra mezzo a parti colorate normalmente, dei focolai, a strisce, a punti stellati, irregolari. Istologicamente accanto alle lesioni di sclerosi vera si osservano ancora delle lesioni dette di sclerosi molle (degenerazione granulo-frammentaria) la trombosi delle coronarie, l' atrofia d' un gran numero di elementi muscolari, specie ai margini dei punti sclerotici, trasformazione vacuolare di certe fibre. In riassunto nella sclerosi distrofica dei cardio-sclerotici vi ha cardio-nevrosi e cardio-sclerosi.

Nella 2ª forma di miopatia cardiaca (sclerosi perifascicolare, sclerosi diffusa raggiante, sclerosi periarteriosa, miocardite interstiziale cronica degli autori) le bande di sclerosi inviluppano direttamente l'arteria e spingono e distruggono le fibre cardiache.

La sclerosi è intensa: alle lesioni accentuate della peri- e meso-arteria si associano spesso quelle dell'endo-arteria. Questa sclerosi peri-fascicolare accompagna la maggior parte delle ipertrofie cardiache. A queste sclerosi peri-fascicolari bisogna aggiungere la miocardite interstiziale cronica di Bard e Philippe in cui l'infiammazione del connettivo avviene in modo primitivo e cronico.

Il cuore cardiaco è generalmente dilatato, globuloso, a rete venosa molto appariscente; alla sezione si osserva un' iniezione considerevole delle venule intraparietali. Istologicamente vi ha ectasie dei capillari, edema del connettivo, degenerazione della fibra cardiaca in vicinanza dei vasi, formazione di sclerosi peri-vascolare secondaria.

Il cuore senile (IVª varietà) o cuore scleroso senile, presenta un esagerato sviluppo della trama connettivo-vascolare a detrimento della fibra cardiaca, che subisce in massa l'atrofia senile.

La miocardite segmentaria consiste in una dissociazione delle cellule muscolari in seguito alla fu-

sione del cemento che le riunisce normalmente. (Renaut e Landouzy) Essa è comune a parecchi stati morbosi.

Infine esistono delle miocarditi secondarie alla tubercolosi (granuli miliari, masse cascose, miocardite sclerosa), alla sifilide (miocardite gommosa, sclero-gommosa, sclerosa), al cancro.

La patologia sperimentale dimostra che nelle miocarditi sperimentali vi ha una lesione costante, quella della fibra muscolare, una incostante quella dell'infiammazione del tessuto connettivo.

Clinicamente nelle miocarditi croniche non bisogna considerare che la cardio sclerosi e le miocardite croniche propriamente dette. Le cause della cardio-sclerosi possono essere diatesiche (reumatismo cronico, gotta, diabete, artritismo ereditario, aortismo ereditario), infettive (sovratutto la tifoide spesso la sifilide, raramente la tubercolosi), tossiche (alcoolismo, saturnismo, *surmenage*, regime alimentare). Si possono ammettere due forme cliniche: la cardio-sclerosi aritmica e la mio-valvolare. L'aritmia è spesso incosciente per il malato, è ribelle alla digitale, e può restare l'unica manifestazione della malattia. I cardiopatici mio-valvolari presentano qualche soffio da insufficienza o stenosi, che può imporre per una cardiopatia valvolare d'origine reumatica.

Vi ha dispnea tossi-alimentare, in ultimo si hanno perivisceriti nel pericardio, pleura, peritoneo.

L'evoluzione si può dividere in tre periodi: pre sclerotico (vi ha uno stato più o meno permanente di ipertensione arteriosa) cardio-arterioso (corrispondente all'endarterite ed all' ipertensione sanguigna); mitro arterioso (dilatazione delle cavità cardiache e degli orifizi auricolo-ventricolari, indebolimento del cuore, diminuzione della tensione arteriosa; morte lenta per asistolia, per cardiectasia con trombosi cardiaca, con accidenti ibridi dovuti all' associazione dell'asistolia e dell'uremia, per uremia sola, per cachessia arteriosa, per rottura di aneurismi delle coronarie nel pericardio, per rottura del cuore per infarto cardiaco, per edema acuto del polmone, per accidenti uremici, emorraggie o rammollimento cerebrale per sincope o per angina di petto).

Il gruppo delle miocarditi croniche riconosce in clinica: la miocardite sclerosa ipertrofica, la miocardite interstiziale cronica e la miocardite segmentaria. La miocardite-sclerosi ipertrofica (Juhel-Renoy e Rigal) riconosce per cause: l'alcoolismo, il tabagismo, la gotta, il diabete. C' è indebolimento delle sistoli e del polso, tachicardia; ipertrofia cardiaca progressivamente crescente; assenza frequente di ogni rumore di soffio; disturbi della sensibilità cardiaca e dolore verso il V° spazio intercostale; palpitazioni dolorose e dispnea; indebolimento della contrazione sistolica e dell'urto precordiale; aritmia eccezionale; polso regolare, frequente e piccolo; spostamento della punta del cuore mentre è abbassata, tendenza all' asistolia ed alle congestioni pulmonari attive. La miocardite interstiziale cronica (Bard e Philippe) è dovuta frequentemente ad agenti tossici (alcool, piombo, gotta, uricemia, fatica cardiaca e muscolare, eccessi di tavola, assorbimento immoderato di liquidi, disposizione individuale, ereditaria), e ad agenti infettivi (reumatismo, febbri, sifilide, tubercolosi). Vi ha un periodo latente caratterizzato da ipertrofia cardiaca ed elevazione continua della pressione arteriosa, da qualche disturbo respiratorio, da qualche dolore precordiale, Il periodo di stato è caratterizzato da una bozza precordiale, abbassamento della punta, disturbi aritmici numerosi e quasi costanti, contratture rapide od indebolite irregolarmente, mischiate a contrazioni normali, assenza abituale di soffi valvolari, progresso crescente dell' asistolia, terminazione nella morte.

La miocardite segmentaria (Renaut) è dovuta alla senilità, alcoolismo, gravidanza, lavoro fisico, tubercolosi, cancro, pulmonite, asistolia dei diversi cardiopatici ecc. Talvolta mancano l'oppressione e le palpitazioni; vi ha ineguaglianza od irregolarità del polso, aritmia parossistica, polso aritmico tachicardico; itto debole; ottusità cardiaca aumentata; attenuazioni dei toni; soffio sistolico meso-cardiaco, edema latente pretibiale ed edema degli arti inferiori, edema variabile delle basi pulmonari predominante a sinistra; assenza di segni di congestione venosa passiva nel grande circolo, di tumefazione del fegato e di congestione renale. Di questa miocardite esistono tre forme particolari; la latente, la aritmica senza soffio, l' aritmica con soffio mesocardiaco.

La terapia consiste nel combattere l'ipertensione arteriosa, specie con l'igiene e con il regime alimentare, nell'evitare gli strapazzi; nell'attivare la funzione degli emuntoi; nel sostenere le forze del cuore.

RIMEDII NUOVI

L'EUCHININA NELLA MALARIA

L'euchinina, etere etilcarbonico della chinina è stata da von Noorden, Overlach, Gollner, ritrovata un eccellente antipiretico nella febbre etica, febbre settica di differente origine, febbre pneumonica, tifoide, erisipela, influenza, reumatismo, tosse convulsiva, nevralgie.

Recentemente il dott. G. Montoro de Francesco l'ha usato nei casi d' infezione malarica (*La Terapia clinica,* n. 7, 25 luglio 1899). I casi curati con questo farmaco furono 77, di cui 12 intermittenti quotidiane e sub-continue, 44 terzane, 14 quartane, 7 forme larvate. La dose giornaliera variava da gr. 0,75-1,50-2 secondo l'età e la costituzione fisica del paziente.

Però non in tutti i casi l' azione antimalarica

dell'euchinina si mostrò subito, tanto che se in alcuni malati la febbre scomparve dopo la prima somministrazione del farmaco, in altri il Montoro dovette ripeterne la somministrazione ancora per 2, 3, 4, 5, 7, volte. In tre casi (una bambina e due adulti), quantunque insistette nel darne fino a gr. 8 alla prima e gr. 12 agli altri due, ed iniettò ripetutamente il bicloruro di chinina, bisognò ricorrere alla mistura del Baccelli, che debellò soltanto il male in due, poichè l'altro è tuttora febbricitante.

Ha potuto costatare che più resistenti al rimedio sono la quotidiana e la sub-continua, per vincere alcune delle quali ha dovuto prescrivere sino a gr. 12 di euchinina.

Ha somministrato il farmaco, durante il periodo dell'ipotermia, durante il periodo del sudore, immediatamente dopo di questo ed anche durante il periodo afebbrile, in ostia, nel latte od in sospensione nell'acqua.

Non ha lamentato mai alcuno inconveniente nella somministrazione del farmaco, anco se dato a dosi alte (gr. 2 in 4 carte con l'intervallo di un'ora). Soltanto in una signorina, di forte costituzione, ebbe languore di stomaco, vomito, ronzio, stordimento, sudore freddo e lipotimia; cose che al Montoro non han fatto impressione conoscendo che questa signorina apparteneva ad una famiglia d'idiosincrasici per i sali di chinina. Ha potuto pertanto costatare che tali fenomeni, dovuti all'intolleranza per i prodotti di china, invece di accentuarsi con le dosi successive del farmaco nuovo, come succede per i primi, vanno scemando fino a scomparire del tutto. E, difatti, il quadro fenomenico, dianzi descritto, si è iniziato mezz'ora dopo la somministrazione della prima carta di euchinina, raggiunse il massimo con la lipotimia 15 minuti dopo la somministrazione della seconda, cominciò a scemare con la terza, scomparve con la quarta. Il giorno dopo l'inferma avea soltanto lieve ronzio che tosto scomparve.

L'euchinina si è dimostrata efficacissima e sicura nelle forme larvate di malaria, presentantisi sotto forma di nevralgia della IIIª branca del V° paio, di emicrania forte e di atroci dolori negli spazi intercostali.

In questi infermi, (7 in tutto), avea somministrato e largamente il bisolfato, il valerianato ed il bromidrato di chinina, ma senza alcuno effetto; solo otteneva la cessazione temporanea del dolore con le iniezioni di bicloruro di chinina, poichè il giorno dopo il dolore compariva di nuovo e con maggiore intensità. Con la somministrazione di una buona dose di euchinina, invece, ripetuta fino a 6 giorni consecutivi, nella quantità di gr. 1-1,50-2 *pro die*, ha potuto vincere completamente il male, senza notare fenomeni di chinismo od altri disturbi nervosi gastrici che non mancano quasi mai con l'uso continuato dei comuni sali di chinina.

Tutto ciò serve a dimostrare che questo nuovo preparato sia un ottimo succedaneo dei sali di chinina sui quali ha certo il vantaggio di essere prezioso in pediatria per la mancanza di quell'amaro che rende tanto riottosi i bambini all'ingestione delle soluzioni di sali di chinina tanto da dover quasi sempre ricorrere alle iniezioni od alla somministrazioni per il retto, ed ha la virtù di non provocare quei disturbi gastrici e nervosi di cui quasi tutti si lagnano.

Un'altra virtù dell'euchinina, riscontrata dal Montoro, è quella che essa non produce affatto o produce in maniera attenuatissima i fenomeni d'intolleranza negli idiosincrasici per i sali di chinina.

L'euchinina è un preparato che acquista giornalmente terreno; è un buon succedaneo dei comuni sali di chinina, perocchè all'istessa dose la sua azione antimalarica è identica a quella di questi ultimi con vantaggio che non apporta fenomeni di chinismo.

È preferibile a quasi tutti gli antipiretici moderni, perchè abbassa la temperatura senza provocare disturbi nervosi o cardio-vascolari, come si è costatato per l'antipirina, antifibrina, cairina, tallina, ecc. Nelle forme larvate di malaria è preferibile agli ordinari sali di chinina; è superiore a questi in pediatria: si può infine somministrare agli idiosincrasici.

FORMULARIO

Contro i porri

Bicloruro di mercurio. . . . . gr. 1
Collodion . . . . » 30

Si scioglie bene. S'intonachi con cura il porro con una piccola quantità di liquido, una volta al giorno. Questo rimedio è più efficace e più comodo di quelli fin qui raccomandati.

Cerato labiale

Paraffina . . . . gr. 80
Vaselina . . . . » 80
Estratto etereo di alkannina . . . » 0,50
Essenza di bergamotto . . . . » 1
» » cedro . . . . » 1

Fondi a bagno maria e cola in tubi del calibro di un centimetro, dopo che il tutto è raffreddato, si riscaldi leggermente la circonferenza dei tubi e per mezzo di una bacchetta si estraggono i cilindri di cerato, che si taglieranno alla lunghezza voluta. Questo cerato non rancidisce e conserva indefinitamente un bel colore rosso.

NOTIZIE E VARIETÁ

Esercizio professionale dei medici esteri in Italia

Il ministero dell'interno ha indirizzato la seguente circolare ai nostri rappresentanti diplomatico all'estero: L'art. 23 della vigente legge italiana sulla sanità pubblica, mentre vieta come regola generale, l'esercizio della medicina nel Regno a coloro che non sono forniti del relativo diploma acquistato in base ai nostri ordinamenti scolastici ammette in via d'eccezione, che i medici-chirurgi stranieri esercitino in Italia la loro professione limitatamente ai soli stranieri. Questa eccezione però adottata in favore, tanto dei medici stranieri, quanto nelle stesse colonie estere in Italia, le quali possono così valersi dell'opera dei sanitari di loro fiducia, torna a detrimento nei medici nazionali per la concorrenza che loro ne deriva, ed è in molti casi contraria ad equità, in quanto che pochi sono gli Stati che, come l'Italia, accordino un eguale favore ai cittadini esteri. Il Regio Governo quindi, avrebbe intenzione di modificare la citata legge nel senso di limitare l'eccezione di cui si tratta in favore dei soli medici stranieri nel cui paese i nostri connazionali godano di tale trattamento speciale. Le sarei grato pertanto se ella volesse chiedere a codesto Governo una risposta a queste due domande: 1° I medici italiani possono costì senza munirsi di alcun nuovo diploma esercitare la loro professione in favore di tutti od anche delle sole colonie estere? 2° In caso negativo, sarebbe cotesto Governo disposto ad accordare loro tale permesso se in Italia si continuasse ad acconsentire che i medici, di codesto paese esercitino la loro professione nei limiti indicati sopra?

In attesa di tali risposte, che desidererei più categoriche che fosse possibile, per non allargare la questione oltre i termini di questo caso possibile, le rinnovo, ecc.

Pel ministro: *Malvano*

Congresso dei naturalisti e dei medici tedeschi da tenersi a Monaco dal 17 al 23 settembre 1899.

Nel programma di questo congresso da farsi sono segnate due sedute generali che avranno luogo nell'imperiale teatro di Corte. Nella prima seduta (lunedì 18 settembre) si svolgeranno i seguenti temi: Prof. dott. Fridtiof Nansen «Il mio viaggio al polo Nord». — Prof. Bergmann. «La radioscopia nella cura delle malattie chirurgiche». — Dott. Förster. «Mutamenti astronomici in un centennio».

Nella seconda seduta generale (venerdì 22 settembre) si svolgeranno i seguenti temi: Professore Birch-Hirschfeld. «Scienza e Medicina».— Prof. Boltzmann. «Lo sviluppo moderno dei metodi fisico-teoretici».—Klemperer. «Iustus von Liebig e la medicina».

Poi si avranno delle speciali sedute per i singoli gruppi dei medici e dei naturalisti. Nella seduta del gruppo naturalistico il prof. Chun parlerà sui «Risultati della spedizione al Tiefsee». — Bauschirger, Mehuncke e Schulke parleranno sulla «Divisione decimale della lunghezza del tempo e della sfera», un tema che sarà svolto anche a Parigi nel congresso naturalistico del 1900.

Nelle sedute del gruppo medico il prof. Marchaud e il prof. Rabl, riferiranno «sullo stato dell'anatomia patologica e della patologia generale in rapporto alla embriologia è specialmente al foglietto blastodermico»,

Congresso medico nell'America latina

Per la fine del 1900 è stato indetto un congresso medico nell'America latina, sotto il protettorato del governo Chileno. Al medesimo prenderanno parte tutti gli americani del centro compresi i messicani nonchè gli americani del Nord. Il Congresso in prima linea si occuperà di igiene pubblica che fin qui nell'America spagnuola é stata trascurata, indi tratterà della diffusione del colera e della quistione dell'innesto obbligatorio.

Contemporaneamente al congresso si avrà una mostra d'igiene per cui il segretario del comitato organizzatore, Vicencio ha invitato i varî industriali e fabbricanti tedeschi, francesi, etc. a prender parte alla esposizione.

Prof. D. Mikalkovicj

A Budapest è morto il 12 luglio il Dottor Geza Mikalkovicj, alla età di 55 anni, professore di anatomia descrittiva e topografica.

Studiò sotto Hyrtl, Langer, Ludwig, Schwalbe e Waldeyer, lavorò molto e publicò numerose piccole monografie. Nel 1875 fu nominato professore straordinario e nel 1878 fu nominato ordinario. Il suo manuale di anatomia, era già esaurito e della seconda edizione soltanto è comparso il 1° volume, tenuto di gran valore dai cultori di anatomia. L'anno scorso diede alla luce un trattato di embriologia generale. Oltre i lavori di anatomia grossolana egli lasciò molti lavori d'istologia che mostrano la grande diligenza di questo autore rapito troppo presta alla scienza.

GAZZETTINO

TORINO. *Il posto di fondazione Martini*. — Il posto di fondazione Martini è aperto a tutti gli studenti di ristretta fortuna nativi delle antiche provincie e riservato per lo studio delle scienze positive. La pensione assegnata ai vincitori dei posti messi a concorso é di L. 70 per ciascun mese dell'anno scolastico sotto l'osservanza delle vigenti disposizioni. Per essere ammessi all'esame di concorso gli aspiranti dovranno trasmettere alla segreteria del collegio «Carlo Alberto» per gli studenti delle provincie presso la R. Università degli studi di Torino, in piego assicurato e prima dello scadere del

giorno 20 prossimo venturo agosto tutti i documenti relativi.

ROMA. *Contro la tubercolosi.*—Il 30 luglio si sono riuniti al palazzo dell'Università, nella sala dell'Accademia di medicina, tutti i membri del Comitato inscritti alla IVª sezione, Beneficenza, della lega contro la tubercolosi.

Alla riunione assisteva un gran numero di persone fra le quali molte notabilità scientifiche, e si è eletto l'ufficio di presidenza della sezione.

Si deliberò di preparare l'ambiente per una grande sottoscrizione nazionale da aprirsi nell'autunno prossimo.

Questa proposta, presentata dal prof. Luzzi della *Pro Schola*, ebbe largo plauso.

Si chiederà il concorso del Governo, del municipio e di altri enti.

Fu quindi accettata la proposta del sig. Sassi, tappezziere, per una sottoscrizione pubblica nei giornali della capitale allo scopo di affrettare l'istituzione del *Sanatorio per Roma.* Il Sassi ha iniziato la sottoscrizione deponendo nelle mani del cassiere del Comitato 100 lire. Fu parimenti accettata la proposta dei soci avvocati Di Rosa ed Ojetti, che offrirono al Comitato l'opera loro gratuita di consulenti legali.

Il Comitato romano della lega contro la tubercolosi è così al completo. Si sa che S. M. il Re ne ha accettata la presidenza onoraria, e che il ministro Baccelli ne è il presidente effettivo.

L'ufficio di presidenza si compone, oltre che dell'on. Baccelli, dei signori prof. senatore Durante e prof. Marchiafava, vice-presidenti; professori Rossi-Doria e Garofalo segretari; Micheli cassiere.

Le quattro sezioni hanno eletto alla presidenza: sezione I — Profilassi — professori Celli, Regis e Gualdi; sezione II — Cura — professori Rossori, Mazzoni, e Marchesi; sezione III—Propaganda — signori Torlonia, Ascoli e Dutto; sezione IV — Beneficenza — marchesa Marignoli, prof. Concetti, dott. Morino.

SPEZIA. *Pubblica assistenza.* — Riuscì splendida l'inaugurazione della nuova bandiera della Società di pubblica assistenza di Pitelli, colla distribuzione delle medaglie ai soci che più si distinsero nei servizi di carità e di assistenza. Oltre a molte Associazioni popolari, fra cui la nostra Pubblica assistenza di Spezia, vi erano le rappresentanze di consimili Associazioni umanitarie, di Livorno, Viareggio, Pisa, Pontedera, Pontassieve ed altre. Vi furono dei bellissimi discorsi improntati tutti a sentimenti di carità cristiana.

BRESCIA. *Triplice caso d'infezione tetanica. Il medico, la mosca.* — Certo Lisarti, contadino della vicina Travagliato, lavorando nei campi, ebbe a pungersi sotto al piede sinistro con un tridente e sorpreso tosto dal tetano moriva poche ore appresso. Il medico locale sig. Antonio Cordoni che invano aveva tentato di salvare il contadino, riponendo nell'astuccio un ferro del quale erasi servito per incidere il piede del Lisarti, si ferì casualmente ad una mano, e, malgrado la pronta disinfezione praticatasi, vide l'infezione propagarsi rapidamente ed il braccio gonfiarsi in modo allarmante. Senza por tempo in mezzo, il dottor Cordoni partì tosto per Milano onde sottostare ad una cura energica.

Ma a colmare la misura, una mosca che evidentemente erasi posata sulla ferita del morto contadino, punse alla faccia il contadino Faustino Binetti, al quale, in men che nol si dica, la faccia si gonfiò ed il poveraccio dovette essere trasportato all'Ospedale di Brescia, dove trovasi tutt'ora sotto la minaccia della fatale infezione.

MILANO. *Sterilizzatore al macello.* — In questo pubblico macello il 19 dello scorso mese incominciò a funzionare l'apparecchio Rorbeck, mediante il quale, con piccolissima spesa, si sterilizza la carne di animali affetti da tubercolosi, carne che, essendo stata risanata, potrà essere venduta a poco prezzo ai poveri.

ERITREA. *La peste nel Sudan.*—Il Governo della colonia Eritrea, essendo accertata la presenza della pesta bubbonica nel Sudan, ha disposta l'applicazione delle misure sanitarie, richieste dal caso per le provenienze da Kassala.

BOMBAY. *La peste bubonica.* — Negli ultimi due giorni di luglio si sono manifestati a Poona 302 casi di peste bubonica con 261 decessi.

59 casi, con 56 decessi, sono avvenuti negli accantonamenti militari.

È morto un europeo.

NEW-YORK. *La febbre gialla.* — Si sono manifestati 30 casi di febbre gialla nell'ospizio militare di Hantovo dove sono ricoverati 4000 veterani. Ieri sera avvennero 3 decessi.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

A. Di Vestea. La difesa della Società contro la tubercolosi e i sanatori per tisici, Milano, Rancati 1899.

A. Lustig. A proposito della profilassi nella tubercolosi, Firenze, 1899.

V. Giudiceandrea. Le iniezioni di siero artificiale a scopo diagnostico nelle affezioni tubercolari, Estratto dal *Bullettino della società Lancisiana degli ospedali di Roma.* Anno XX, fasc. 1, 1899.

L. Maramaldi. Valore del tiocolo nella tubercolosi, Napoli, Velardi e Faraone 1899.

F. Accorimboni. Sulla guaribilità della tubercolosi, Milano, Vallardi 1899.

C. Di Giuseppe. Medici e levatrici, loro condizioni ed avvenire, Estratto della *Rassegna d'ostetricia e ginecologia* Napoli 1899.

G. R. Cantarutti. La Pellagra in Friuli negli anni 1896-1898, Udine 1899.

V. Patella e G. Lodoli. Della glicosuria alimentare sperimentale nella pneumonite. Firenze 1899.

A. Mori. La genesi microbica della calcolosi. Estratto dalla *Clinica moderna*, anno V, n. 15, 16, 1889.

C. Colombo. La diatesi urica. (Patogenesi, manifestazioni e cura). Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino*, n. 1, XIX, 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

I RECENTI LAVORI SULLE MALATTIE NERVOSE TRAUMATICHE

Nel 1898 furono pubblicate tre complete monografie sulle malattie nervose traumatiche, quelle cioè di Schuster, di Bruns e di Morton Prince. Le due ultime si occupano soltanto delle nevrosi. Schuster si prefisse sopratutto lo scopo di rischiarare la diagnosi delle malattie in parola ed ebbe speciale riguardo del capitolo della simulazione. È poi ampiamente svolto nella sua monografia il capitolo dello stato presente, essendo in esso esposti in modo completo tutti i metodi d' indagine neuro-patologica, già il libro fu destinato più al medico pratico generico, che non allo specialista di malattie nervose. Nel primo capitolo Schuster fa rilevare la necessità, appena verificato un infortunio, di chiamare in ogni caso un perito medico ed allegare la sua relazione alla storia dell'infermo. Il raccogliere l'anamnesi (2° capitolo) richiede grande cura. I dati forniti dagli infermi debbono accettarsi con grande precauzione; sulla disposizione ereditaria neuropatica essi per lo più sanno ben poco, o non vogliono su di ciò parlare, credendo di far male. L'alcoolismo è un fattore predisponente molto importante nelle neurosi traumatiche; minore importanza dà Schuster alla sifilide. Nel capitolo riguardante i metodi di esame Schuster raccomanda nei casi non chiari di inviare il paziente all'oculista ed all'otoiatra. La sindrome di Menière, specie nei casi di frattura del cranio, non è rara. Il metodo di Fuchs per riconoscere il tremore simulato, non va esente da obiezioni. Che dopo un solo esame non si possa mai decidere se il riflesso patellare sia abolito, è un'esagerazione; nella tabe con la sua atonia ciò è possibile. Ma è giusto quello che dice Schuster, che l'indagine sullo stato dei riflessi patellari non è sempre così facile, come suppone la maggioranza dei pratici. Anche negli infermi per nulla sospetti di simulazione si può notare, esaminando la sensibilità tattile, che essi qualche volta dicono di avvertire lo stimolo quando non li si tocca o si tocca una zona anestesica. Ciò quindi non è affatto una prova di simulazione, e suole verificarsi quando gli stimoli vengono applicati ad intervallo uniforme di tempo. Si consiglia perciò da Schuster di procedere in simile esame aritmicamente.

Nel capitolo riguardante la simulazione questo autore dà pure consigli tecnici per la elaborazione delle perizie. Bruns a questo riguardo fa rilevare che il perito non solo è giustificato, ma ha il dovere, nei casi dubbi, di dire: io non so se l'individuo di cui si tratta simuli o sia veramente ammalato. Se i giudici nulla possano ricavare da questa perizia, a noi non deve importare. Noi dobbiamo indagare la verità, e se non ci riesce dobbiamo confessarlo.

Bruns espone diffusamente le nevrosi traumatiche, come la neurastenia, l'isterismo, l'ipocondria, le psicosi semplici, come pure le forme miste. Dopo una breve esposizione storica delle modificazioni che hanno subito le idee dei medici a questo riguardo, Bruns discute l'etiologia, riconoscendo la presenza di fini alterazioni anatomiche e dando grande importanza, nella produzione dello shok psichico all'arterio-sclerosi ed ai processi encefalitici. Nel trattare la sintomatologia Bruns riporta alcuni esempi delle singole forme morbose. Nella cosiddetta epilessia riflessa si tratta per lo più, secondo lui, di isterismo. Le anestesie della pelle sono sempre di natura isterica, e così pure il restringimento uniforme duraturo o temporaneo del campo visivo. La presenza del tremore durante l' osservazione, il quale scomparisce nel riposo, non è un segno di simulazione. I fenomeni morbosi da parte del cuore richiedono speciale attenzione, specie riguardo alla prognosi. Questa è sfavorevole *quoad sanationem*, essendo rara la guarigione completa. La vita ne viene abbreviata nei casi in cui esistono lesioni vasali e cardiache.

La monografia di Morson Prince contiene molto materiale teoretico, specie psicologico. Egli dà grande importanza al trauma psichico, mentre ne dà poca all' eredità. Riguardo alla genesi dei sintomi principali egli fa rilevare che il senso di stanchezza e la facile stancabilità degli individui nervosi non sono da mettersi in confronto con ciò che si verifica negli individui sani dopo un lavoro muscolare eccessivo. Si tratta nel primo caso di una sensazione non periferica, ma centrale, non di un vero esaurimento, ma di un'allucinazione di esaurimento. I dolori delle nevrosi traumatiche hanno, secondo lui, in parte un'origine puramente psichica, per la costante attenzione che l' individuo rivolge al sito dove ha avuto luogo il trauma. Questa spiegazione non è nuova. Altri dolori, che non hanno sede nel luogo dove ha agito il trauma, Princeli attribuisce alla diffusione dell'energia nervosa.

F. Egger ci fornisce della casuistica sulle nevrosi traumatiche. I casi, osservati nella policlinica di Basilea, non ci offrono per se stessi nulla di nuovo: si tratta di forme miste di neurastenia, ipocondria ed isterismo. Egger, contrariamente a Strümpell, assegna grande importanza ai fenomeni obiettivi, specie al cosidetto sintomo di Mannkopff, all'azione cardiaca traumatica.

Oltre a queste pubblicazioni poche altre e di minore importanza apparvero nel 1898. Thiem descrisse un caso in cui dopo un lieve trauma alla faccia interna della gamba sinistra, immediatamente al di sopra dell'articolazione del piede, si manifestò uno spasmo nell'articolazione del ginocchio e poi accessionalmente fenomeni convulsivi in tutto l'arto. Thiem considera il caso come una contrattura di abitudine descritta da Ehret; nondimeno secondo Bruns questo caso potrebbe appartenere all'isterismo. La stessa obiezione può farsi al caso pubblicato da Wolff col titolo di paralisi di Ehret: dopo un lieve trauma il piede sinistro assunse la posizione di Ehret (forte varismo con adduzione della punta del piede) e nello stesso tempo si manifestò rigidità nel ginocchio e nell'anca. A piede pendente l'inferma poteva correggere la posizione difettosa. Sull'arto ammalato esisteva leggera disestesia. Kissinger pubblicò un caso di paresi pseudo-spastica in seguito a trauma del dorso; esso corrisponde ai casi classici di Nonne e Fürstner. Vidal ha riferito due casi di isterismo traumatico: il primo caso riguardava una donna a cui era stato estirpato l'ovajo sinistro; il secondo un uomo che dopo aver sollevato un grosso peso cominciò a soffrire dolori al dorso; le convulsioni si manifestarono quando l'infermo applicò sul punto dolente un empiastro. Goodall ha pubblicato 4 casi di eccitazione maniaca in seguito a gravi traumi del capo. Tutti i casi guarirono. Non c'era alcun' altra causa da cui la psicosi poteva dipendere. Moty nel suo caso ammette una combinazione di isterismo e neurite da trauma. Ad una lieve lesione dell'anulare destro per un calcio da cavallo, guarita dopo suppurazione, seguì contrattura isterica degli estensori delle dita. Il campo visivo era ristretto in entrambi i lati, De Buck e De Moor descrivono un caso di grave nevrosi traumatica dopo un accidente ferroviario, ma probabilmente qui esistevano lesioni organiche gravi del midollo spinale. Egger descrive una paralisi istero-traumatica tipica delle dita. Röder raccomanda alcuni suoi metodi di ricerca psico-fisiologici per la diagnosi dei casi dubbi di malattie nervose traumatiche. Tre lavori sono destinati al riconoscimento della simulazione. Un infermo di Strümpell simulava vomito sanguigno ed ematuria, perchè sputava nell'urina il sangue che gli veniva fuori dalle gengive. Nel sedimento dell'urina si trovò contenuto boccale ed anche residui di alimenti. Nel caso di Haag si trattava di un infermo che nel 1889 aveva avuto un trauma sul capo e nel 1891, secondo parecchie perizie psichiatriche, era affetto da paralisi progressiva. Nel 1898 l'individuo, che aveva avuto un assegno, era già psichicamente e somaticamente sano. Fu ricevuto nella clinica di Erlangen, dove simulava la malattia di prima. Strümpell ammise che a suo tempo si sia trattato di psicosi istero-traumatica, non di paralisi progressiva. Baudry ha perfezionato il processo di A. Gräfe per riconoscere la simulazione della cecità monoculare.

Abbastanza numerosi sono i lavori pubblicati nel 1898 sulle malattie nervose organiche centrali e periferiche consecutive a trauma. Adler ha cercato di stabilire delle proposizioni generali sui rapporti fra un trauma e lo sviluppo di tumori cerebrali. Fra 1086 casi 96 volte v'era il trauma nell'etiologia (8,8 0[0): i tumori che più facilmente si sviluppano dopo il trauma sono i sarcomi ed i gliomi. Spesso è dubbio se il tumore esiste prima ancora del trauma. Lachr riferisce 4 casi di tumori cerebrali, nella cui etiologia esisteva il trauma (autopsia). Franke descrive un caso in cui 9 mesi dopo un trauma sul dorso, quando già da molto tempo esisteva mancanza di riflessi patellari, si manifestò paralisi delle gambe, debolezza nelle mani e paralisi del facciale sinistro. L'autore ammise una poliomielite, ma forse è più probabile essersi trattato di neurite. Vearce Bailey riferisce i reperti clinici ed anatomo-patologici dell'ematomielia primaria traumatica. La lesione ha sede quasi sempre nel midollo cervicale inferiore e si origina senza frattura delle vertebre. I sintomi sono: paralisi nucleare flaccida, atrofica delle braccia, spastica spesso passeggera delle gambe. I disturbi vescicali sono lievi e possono mancare. La prognosi è buona. Gumpertz riferisce parecchi casi di fenomeni nervosi traumatici complicati ad altre malattie nervose, epilessia, tabe ecc. Jorus descrive un caso di paralisi isolata dei muscoli romboidei di sinistra in seguito a trauma del nervo dorsale della scapola. Una lesione nervosa traumatica rara è descritta da Görtz. Egger espone poi i sintomi di una paralisi ascellare isolata, consecutiva ad una lussazione della spalla, Thiem pubblica una perizia su di un caso di paralisi bilaterale del cucullare, che si sviluppò a poco a poco dopo un trauma avvenuto 17 anni prima.

Il Rummo infine descrisse il caso di un individuo il quale in seguito a colpo di revolver nella regione tiroidea sinistra ebbe emiplegia spinale con amiotrofia laterale sinistra.

BIBLIOGRAFIA

Schuster. *Berl., S. Karger*, 1899. — Bruns. *Encykl. Jahrb.* 1898. — Morton Prince. *Lea Brothers*, 1898 e *Bost. med. and. Surg. Journ.* 1899. — Egger. *Jahresber. d. allg. Pol. Basel*, 1898. — Thiem. *Monatschr. f. Unfellh.* 1898. — Volff. *ibid.* 1898. — Kissinger. *ibid.* 1899.—

Vidal. *Gaz. hebd.* 1898. — Goodal. *Lancet* 1898. — Moty. *Belg. mèd.* 1898. — De Buck e De Moor. *ibid.* 1898.—Egger. *Jahresb. d. allg. Pol.* 1891. — Röder. *Deut. med. Woch.*, 1890 numero 49. — Strümpell. *Monatschr. f. Unfallh.* 1898. — Hagg. *ibid.* 1899. — Baudry. *Wien. klin. Woch.* 1897. — Adler. *Arch. f. Unfallh.* 1898. — Laehr. *Charitè-Ann.*, 1898. — Franke. *Monatschr. f. Unfallh.* 1898. — Pearce Bailey. *New-York. med. Rev.* 1898.—Gumpertz. *Aezll. Sachrerst.* 1898.—Jorus. *Monatschr. f. Unfallh.* 1899. — Görtz. *Deut. med. Woch.* 1898. n. 39.— Egger. *Monatschr. f. Unfallh.* 1898. -- Thiem. *ibid.*, 1898.—Rummo. *Riforma Medica* 1898.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE ITALIANE

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma diretta dal Prof. CAMPANA

LE RICERCHE FATTE NELL'ULTIMO ANNO SCOLASTICO

Il D.r Venanzi Sante ha studiato negli infermi e negli animali i rapporti colla cute e la influenza delle capsule surrenali. Estirpando un notevole numero di capsule surrenali nelle cavie egli aveva veduto confermato, o non, gli studi che erano stati fatti precedentemente, su questo argomento, avendo così pochi fatti positivi notevoli degni di menzione.

Conoscendo quanto si era fatto per dare a quest' organo un' importanza speciale, per la neurina, che si può trovare nelle urine di quelli che hanno alterate le dette capsule: conoscendo gli studii sulla importanza di questo organo glandolare chiuso, come organo secernente prodotti di protezione; egli veniva alla conclusione che, da questo lato, per quanto egli aveva potuto vedere, si trovava di accordo cogli altri osservatori.

Non così per la interpretazione del fenomeno della colorazione della capsula surrenale residua a quella dell'altro lato estirpato; e, forse anche pei casi patologici.

Egli ha trovato che il fenomeno è un semplice fenomeno di effusione ematica, colle fasi proprie del sangue versatosi: e che non si tratti di pigmento formatosi, come si era detto da altri; e ciò riportando le osservazioni istologiche, che facevano vedere in quelle capsule, giallo–verdastre, non altro che emoglobina effusa, o che già si cominci a raccogliere in parte in pigmento ematinico semplice.

Il D.r Consorti Domenico ha ristudiato la influenza della tiroide trapiantata, asportata, dislogata, e posta in un organo nobile come il cervello: prendendo in considerazione dei casi clinici in cui questa influenza bisognava riconoscere.

I tentativi di trapianti nel cervello, sopportati senza molto turbamento, son nuovi.

E pare che questi trapianti, se non portavano nell'organo nuove influenze speciali: nelle alte funzioni di questo viscere (oltre quelle molto lievi, effetto del trauma locale) imprimevano nella nutrizione istologica del tessuto, un tono di resistenza nuova; cosichè, questi animali, così trapiantati, erano meno soggetti agli effetti locali della sepsi come animali trapiantati nello stesso viscere per altra ragione; e poi notava, nei conigli, in ordine alla temperatura di essi, che questa, si manteneva normale, o si abbassava un pò, in quelli iniettati o trapiantati di tiroide od iniettati di tiroidina: che si accresceva in quelli mancanti di tiroide, si presentava in modo vario in quelli trapiantati nel cervello.

Il Sig. D'Alessandria Piero, studiava la influenza protettrice dei testicoli; col ricercare che cosa facesse l'allontanamento dell'organo, il trapianto in altro punto dell'organo, innanzi a dei contagi settici: e notando che questi contagi settici sono, tanto sugli uomini (per osservazioni cliniche), come sugli animali da esperimento, più gravi e diffusi negli animali privati dell'organo; che non in quelli in cui l'organo fosse stato trapiantato, come aggiunto, dell'organo esistente.

Il D.r F. Cenci, ha studiata la « *resistenza* « *del sangue, corpuscoli bianchi e rossi* in al- « cune malattie della pelle ed in taluni espe- « rimenti ne' quali funzionano alcuni secreti, « cosidetti protettori, dell' organismo », portando il suo esame non solo sul sangue degli animali, studiati per esperimento dai singoli colleghi; ma iniettando tiroidina, a conigli con glandole tiroidi normali; e poi facendo il paragone delle dette qualità di sangue; non solo studiate morfologicamente, e nella resistenza dall'acqua distillata per l'emoglobina, ma saggiando il corpuscolo rosso o bianco innanzi alle soluzioni ad azione *chimica* (ferro-cianuro) ad azione *litica*, (Ehrlich) *diastasica*, *digestiva*, ecc. colla pepsina acida, pancreatina, acido lattico, saliva, prodotti batterici; notando alcune proprietà di resistenza acquisite, o conservate, dal sangue, colle condizioni di protezione suddetta; specialmente se iniettati colla tiroidina.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

Déjerine

Dell'emianestesia di origine cerebrale.

Lo studio dell'emianestesia d'origine cerebrale in quest'ultimi tempi si è notevolmente arricchito grazie al metodo anatomo-clinico. I disordini della sensibilità negli individui che hanno una lesione cerebrale sono molto comuni; spesso essi sono poco spiccati, in modo da essere trascurati ad un esame superficiale, e bisogna che il medico le ricerchi con i mezzi di cui oggi disponiamo.

Ecco una prima ammalata di 55 anni, ricoverata da lungo tempo all'ospedale per emiplegia destra. Il marito era sifilitico e la contagiò fin dal principio del matrimonio, quando aveva appena 16 anni. L'emiplegia avvenne 13 anni dopo, ma già da parecchi anni la donna soffriva di cefalea ostinata. I fenomeni si successero in lei nella maniera seguente. Dapprima per circa un anno ebbe accessi epilettici parziali nel lato destro del corpo, che cominciavano dalla mano; tutto ad un tratto poi rimase emiplegica nello stesso lato. Nella stessa epoca essa divenne cieca ed anosmica, gli accessi di epilessia parziale scomparvero per ricomparire ad intervalli molto lontani, ma da 5 anni a questa parte non ne ha avuto più alcuno.

All'esame dell'inferma si nota in primo luogo che essa è completamente amaurotica e l'esame oftalmoscopico dimostra l'esistenza di un'atrofia doppia della papilla. L'odorato è abolito in entrambi i lati. L'emiplegia è incompleta, si può dire che esiste piuttosto una lieve debolezza motrice degli arti di destra, giacchè l'inferma si può servire bene del suo braccio destro per tutti gli usi e nel camminare non trascina la gamba lesa. Esiste soltanto in questi arti un certo grado di incoordinazione. I riflessi tendinei negli arti paretici sono esagerati ed è evidente il fenomeno del piede. Questi fatti indicano l'esistenza di una contrattura latente e di un certo grado di degenerazione del fascio piramidale.

L'esame della sensibilità dimostra che in tutta la metà destra del corpo sono notevolmente diminuite la sensibilità tattile, algesica e termica. È regola che nelle emianestesie d'origine cerebrale non si trovi dissociazione della sensibilità. Studiando la topografia dell'emianestesia nella inferma, si vede che essa non si arresta precisamente alla linea mediana del corpo e che, più spiccata nella periferia degli arti, diminuisca di intensità verso la radice dei medesimi. Questi due fatti non si osservano nell'emianestesia isterica. D'altra parte il senso di luogo nell'inferma è quasi completamente conservato e non c'é alcun ritardo nelle percezioni. Riguardo alle sensibilità profonde, la muscolare è indebolita: se si invita a toccarsi la punta del naso con l'indice, essa commette un errore di parecchi centimetri, e del pari l'inferma non riesce ad abbottonare colla mano destra i suoi vestiti. Si noti intanto che questa incoordinazione dei movimenti, conseguenza della perdita della sensibilità superficiale e profonda, non può essere corretta dalla vista, perché la donna è cieca. Inoltre essa ha perduto la nozione del posto che i suoi arti di destra occupano nello spazio. Se si esamina poi il senso stereognomico nella stessa inferma (studiato dall'Hoffmann nel 1885, ma su di cui già il Landry nel 1852 aveva richiamato l'attenzione), esso si trova del tutto perduto. A questo proposito devesi ricordare che il senso stereognomico non è un senso speciale, come alcuni autori vorrebbero, perchè, se così fosse, qualche volta dovrebbe trovarsi perduto esso solo, il che non si è mai osservato se non nell'isterismo. Piuttosto il senso in parola risulta dall'associazione delle nozioni che ci sono fornite dalle sensibilità superficiali e profonde. Esso non è innato, non esiste nei bambini troppo piccoli nè negli adulti la cui educazione è assai difettosa. Si comprende bene che nella inferma, essendo diminuite le sensibilità superficiali e le profonde, il senso stereognomico debba essere scomparso.

Notati i caratteri di questa emianestesia, si può dire se essa è di origine organica od isterica. L'emiplegia qui è certamente organica, per i suoi caratteri, per la sua stabilità, per gli accessi di epilessia jacksoniana che l'accompagnavano dapprincipio. L'emianestesia non deve necessariamente dipendere dalla stessa lesione organica, perchè può benissimo un'emianestesia isterica sovrapporsi ad un'emiplegia organica. E' bene quindi passare in rassegna i caratteri differenziali dell'una e dell'altra emianestesia. Nell'isterismo i disordini sensitivi acquistano talvolta un tale grado, quale non si osserva mai nell'emianestesia da causa cerebrale, e di più esiste un certo parallelismo, nell'emianestesia organica, tra l'intensità della medesima e della paralisi: ossia i disordini della sensibilità sono più spiccati nel braccio superiore, che non nell'inferiore, nel tronco, nella faccia, ecc., e nelle parti distali degli arti più che verso la radice, Questa distribuzione dell'anestesia è caratteristica dell'anestesia organica. Inoltre, nell'isterismo spesso l'emianestesia si presenta in forma segmentaria (a guanto, a moncone, ecc.); ciò non succede mai nell'emianestesia d'origine cerebrale. Va poi notato che l'anestesia degli isterici è subcosciente: sugli arti degli isterici, per quanto anestesici, non si troveranno mai quelle cicatrici da scottatura quali si osservano ad es. nella siringomielia. Déjerine poi ha frequentemente osservato che, esaminando la sensibilità cutanea di un'isterica o di un isterico, mentre l'attenzione loro è rivolta altrove, si può

notare in questo momento che l'emianestesia o non esiste più od è di minor grado. Lo stesso succede per il campo visivo: facendo l'esame perimetrico, ossia concentrando l'attenzione dell'inferma sulla sua vista, si trova un restringimento del campo visivo che fuori di questa occasione diventa normale.

Ritornando alla nostra inferma, essa è amaurotica ed anosmica. Ciò è la conseguenza di una lesione della base del cranio, a livello della sella turcica, di una meningite gommosa, lesione contemporanea all'alterazione emisferica che ha causato l'emiplegia. E quale può essere la localizzazione centrale dell'emianestesia nell'inferma? Nel 1859 il Türck dimostrò che le lesioni che avevano sede nella parte posteriore del segmento posteriore della capsula interna danno luogo ad emiplegia accompagnata a diminuzione della sensibilità speciale e generale nella metà opposta del corpo. Charcot (1872-1880) adottò e sviluppò le idee del Türck. Secondo lui la sintomatologia nei casi, in cui una lesione distruttiva abbia la sede sopraindicata, è un'emiplegia più o meno spiccata con emianestesia sensitivo-sensoriale; i disordini della visione sarebbero caratterizzati da un restringimento del campo visivo con ambliopia del lato anestesico. In altri termini i disordini della sensibilità nell'emiplegia capsulare sarebbero gli stessi di quelli che si osservano nell'emianestesia sensitivo-sensoriale degli isterici. Le idee dello Charcot furono il punto di partenza dei lavori di Veyssière, Lépine Rendu, Raymond, Ballet.

A quest'epoca si ammetteva, conformemente alle idee del Türck e del Meynert, che il fascio esterno del piede del peduncolo cerebrale avesse funzioni sensitive e che dopo esser passato attraverso il terzo posteriore del segmento posteriore della capsula interna, terminasse al lobo occipitale. Oggi si sa che questo fascio discendente e non ascendente termina nella parte superiore ed esterna del ponte, trae la sua origine dalla parte media del lobo temporale (Déjerine) e non ha alcuna funzione sensitiva.

Le ricerche moderne hanno modificato le nostre conoscenze sulla emianestesia capsulare, tanto dal punto di vista clinico, che anatomico. Se, dopo i lavori di Türck e Charcot, tutti riconoscono che una lesione della parte posteriore del segmento posteriore della capsula interna dà luogo ad emiplegia associata ad emianestesia, non si può dire lo stesso se si studiano i caratteri di questa emianestesia e le condizioni anatomiche in cui essa si effettua, ossia la sua localizzazione.

Già oggi bisogna riconoscere che le più belle osservazioni di emianestesia sensitivo-sensoriale pubblicate per lo passato in appoggio dell'esistenza del *carrefour sensitif* si riferiscono ad isterici. Bisogna inoltre, nei casi di emianestesia organica, pensare alla possibilità, oggi perfettamente riconosciuta, di un'associazione istero-organica.

In rapporto alla partecipazione dei sensi specifici, quale si ammetteva per l'addietro nell'emianestesia organica, la questione è stata risoluta negativamente dal Déjerine. Una lesione della parte posteriore del segmento posteriore della capsula interna non produce nè restringimento del campo visivo, nè ambliopia del lato opposto. Se la lesione ha sede nella regione sotto-talamica della capsula interna ed intercetta il fascio visivo a questo livello, essa dà luogo ad emianopsia laterale omonima. Se la lesione, come per lo più avviene, ha sede nella regione talamica media della capsula interna, essa non influisce per nulla sulla visione. Lo stesso può dirsi per gli altri centri specifici: udito, odorato, gusto, che anch'essi sono rappresentati nella corteccia di entrambi gli emisferi. I neuroni uditivi venuti dalla prima circonvoluzione temporale passano per il segmento sotto-lenticolare della capsula interna e pervengono nel corpo genicolato interno e nel tubercolo quadrigemino posteriore. Un focolaio che distrugge queste fibre nel loro decorso capsulare potrà produrre una diminuzione dell'udito; ma poichè il centro corrispondente è bilaterale, il disordine sarà nei due lati e passeggero. Lo stesso si può dire per l'olfatto e per il gusto.

Ma l'emianestesia per focolai distruttivi della capsula interna esiste certamente, ma è discussa ancora la localizzazione esatta. Esaminando le osservazioni relative con autopsia finora pubblicate, si trova quasi sempre che il talamo ottico è colpito dalla lesione. Dallo studio fatto dal Déjerine insieme con Long si rileva appunto che l'emianestesia capsulare si manifesta quando è leso il talamo ottico, sia o no leso il terzo posteriore del segmento posteriore della capsula, ovvero quando il talamo, pur essendo integro, si trova separato dalla corteccia per una lesione delle sue connessioni. Bisogna altresì, perchè si abbia emianestesia, che la lesione del talamo abbia sede in una regione speciale, in avanti del pulvinar nella parte posteriore ed inferiore del nucleo interno, ossia nella regione del lemnisco. Infine il Déjerine ha visto che una lesione del terzo posteriore del segmento posteriore della capsula interna con integrità del talamo può dar luogo ad un'emiplegia non associata ad emianestesia. Non è vero perciò che le fibre sensitive passano tutte per il terzo posteriore del segmento posteriore della capsula interna. Invece esse sono intimamente frammiste alle fibre di projezione, in modo che una lesione centrale dello emisfero non può dar luogo ad emianestesia, se nonchè a due condizioni, che una lesione del talamo ottico distrugga le fibbre terminali del lemnisco e le fibre del neurone talamo corticale, o che essendo il talamo integro, sieno interrotte le sue con-

nessioni con la zona sensitiva motrice della corteccia. Specie quando è leso il talamo, l'emianestesia è persistente.

L'emianestesia da causa cerebrale è talvolta lo effetto di una lesione corticale: il Tripier nel 1877 ebbe il merito di avere provato sperimentalmente che la zona corticale motrice è nello stesso tempo sensitiva. Il metodo anatomo-clinico ha confermato questi risultati sperimentali, ed oggidì si ammette generalmente che la motilità, la sensibilità generale ed il senso muscolare hanno la stessa localizzazione corticale. Una sola quistione resta ancora indecisa, se cioè il lobulo parietale inferiore faccia parte o no della vena sensitiva. Il Monakow afferma di sì. Per il Dèjerine ciò non non è ancora sufficientemente dimostrato.

Lasciando da parte questa discussione, è certo che esiste un'emianestesia capsulare ed una corticale, ed entrambe hanno una sintomatologia identica: si accompagnano cioè ad emiplegia e la lesione dei sensi specifici si comporta egualmente nell'una e nell'altra.

Nella inferma di cui sopra si è tenuto parola la emianestesia è di origine capsulare o corticale? La diagnosi differenziale qui non può essere fatta con i caratteri rilevati dall'emianestesia, ma dei sintomi accessori. L'inferma ebbe accessi di epilessia jaksoniana dal lato ammalato; essi ci autorizzano ad ammettere una lesione corticale, della stessa natura di quella che ha prodotto la cecità e l'anosmia, ossia una meningite gommosa.

Nei casi in cui mancano i fenomeni epilettici, si potrà fare diagnosi di emianestesia corticale tutte le volte che si è in presenza di un'emiplegia dissociata, di una monoplegia accompagnata a disordini sensitivi, nella quale si troveranno i caratteri sopra esposti, cioè il parallelismo tra l'intensità della paralisi e dell'anestesia ecc.

L'emianestesia organica in generale può migliorare progressivamente, potendosi sviluppare col tempo funzioni suppletive, in modo che un'emianestesia può guarire completamente, specie se si è manifestata in giovine età. (*La Semaine mèdicale* n. 32, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V.° CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA

tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899.

Renaut. **Le miocarditi acute.** — Si può produrre negli animali una specie di gamma di lesioni miocarditiche con l'intossicazione difterica (Mollard e Regaud). All'inizio è colpita la cellula muscolare cardiaca. Talvolta a queste lesioni si associa una leucocitosi interstiziale. Scompare la striatura trasversale con conservazione della striatura longitudinale. Il veleno difterico fa ancora divenire gonfie ed omogenee le fibro-cellule delle piccole arterie, formando una serie di centri rifrangenti d'apparenza colloide. Quindi si formano degli isolotti di disintegrazione, accompagnati da un processo vacuolare più o meno accentuato. Nel protoplasma cellulare compaiono delle bollicine isolate od unite in striscie moniliformi. L'aumento del protoplasma intercontrattile coincide spesso con la dissociazione segmentaria. Il tessuto connettivo è sede dapprima di un edema fibrinoso, tosto seguito da una migrazione leucocitaria, in massima parte polinucleare. Presto, grazie al vuoto da colmare che risulta dalla distruzione definitiva delle cellule muscolari, l'irritazione formativa tocca infine l'elemento interstiziale; ma ciò accade molto lentamente. In conclusione la miocardite difterica sperimentale acuta è una miocardite parenchimatosa tipica. Non vi ha alcuna partecipazione primitiva del connettivo al processo reazionale. Nella forma cronica mista ad evoluzione lenta, la miocardite comprende: un elemento parenchimale largamente sparso ed un elemento interstiziale disseminato ad isolotti.

La tossina difterica nell'uomo produce alterazioni identiche; l'unica differenza consiste in una traccia di sovraccarica pigmentaria, ma ciò dipende da molte condizioni (infezioni antecedenti, vita, clima) che fanno invecchiar presto la fibra muscolare.

La miocardite acuta difterica umana s'inizia in piena infezione difterica con una forma essenzialmente e puramente parenchimale, che rimane pura per un tempo prolungato.

Nella febbre tifoide sono più delicate, meno brutali, non generalizzate ma parcellari. La sovraccarica pigmentaria e la dissociazione segmentaria vera sono le più accentuate; le altre lesioni sono poco interessanti (scomparsa della striatura trasversale; omogeneizzazione e stato cereo con scomparsa di nucleo; disintegrazione della sostanza contrattile in frammenti irregolari). In tutte le cellule cardiache i nuclei sono nettamente alterati; sono grossi, sferici o molto allungati; taluni sono scomparsi. Un edema congestivo accompagna queste lesioni; i capillari sanguigni rigurgitano di sangue. Negli spazi connettivali formati dall'edema si accumulano numerose cellule linfatiche. I vasi arteriosi sono alterati come nella miocardite difterica.

La miocardite acuta pneumonica è simile sensibilmente alla miocardite tifosa: come questa disseminata ad isolotti. Ne differisce per l'assenza dell'edema congestivo del miocardio. Le arterie, come nelle altre due forme sono alterate.

Gli agenti patogeni delle miocarditi acute non sono che quelli della malattia infettiva primitiva, di cui la cardiopatia costituisce una complicazione. In altre circostanze si tratta di microbi di infezioni secondarie. Chantemesse e Widal hanno

costatato nel miocardio umano il bacillo di Eberth altri hanno costatato lo pneumococco ed il bacillo di Koch.

Clinicamente nella forma comune di miocardite, vi ha all'inizio un corto periodo d'eccitazione o di eretismo cardiaco. L'urto precordiale è violento, il movimento del cuore è rapido, il polso forte, teso e regolare.

L'ascoltazione del cuore non fa rilevare che aumento di energia e di celerità delle contrazioni cardiache, traducentesi spesso con un ritmo di galoppo particolare. I disturbi funzionali sono poco accentuati od anco fanno intieramente difetto, esista o no questo primo periodo. tosto si svolge il quadro seguente. L'urto precordiale diviene sempre più diffuso, sostituito da un' ondulazione vaga, visibile sovratutto negli individui magri (Hayem), o scompare completamente.

La tachicardia aritmica aumenta; il polso raggiunge i 130-140-150 e può variare da un istante all'altro: piccolissimo; filiforme, di tensione debolissima. Lo stato generale è grave, c'è aspetto tifoideo, delirio; l'albumina aumenta di intensità, si ascoltano dei rantoli di edema, di congestione ipostatica alle basi dei polmoni. Quando l'astenia cardiaca è arrivata a tal grado sono ancora possibili due eventualità: la guarigione e la morte. Nel 1° caso i sintomi scompaiono poco a poco; ma la debolezza cardiaca si traduce ancora per lungo tempo con un' accelerazione alla minima fatica. Quando la malattia finisce con la morte, si può assistere o ad una sincope o all'asfissia con arresto progressivo del cuore.

Fra le varietà cliniche sono da considerare: la miocardite interstiziale acuta difterica, la miocardite suppurata, la miocardite parenchimatosa acuta dell'infanzia.

Le lesioni della prima capitano per lo più nella convalescenza: il malato prova una debolezza estrema; talvolta esiste qualche disturbo digestivo, Vi ha aritmia e tachicardia. A questo periodo l'affezione può retrocedere, ma se si aggrava si osserva una vera asistolia acuta. Compare l'edema, spesso un anasarca generalizzato con ascite ed idrotorace. La dispnea esiste in un periodo avanzato della malattia qualche ora prima della morte.

Questa capita nell'indebolimento progressivo per sincope, dietro uno sforzo insignificante, o per complicanza intercorrente, come una pulmonite acuta.

La fenomenologia della miocardite suppurata è simile a quella delle endocarditi infettive per i fenomeni generali e per gli accidenti a distanza. L'origine cardiaca degli accidenti è indicata dai dolori precordiali d'intensità tale che strappano delle grida: i dolori hanno delle irradiazioni al dorso ed all'addome e sono accompagnati da una angoscia estrema e talvolta da una tendenza sincopale.

La miocardite parenchimatosa acuta dell'infanzia sintomaticamente differisce dalle altre forme. Si tratta di un'affezione acuta o sub-acuta che capita durante un'infezione reumatica, erisipelatosa; tipica, in bambini già cardiopatici od a cuore indenne. Bruscamente, nel corso o nel periodo di declinanazione della malattia infettiva, appaiono i segni d'indebolimento del miocardio, ma, carattere distintivo essenziale, non vi ha mai nè rumore di galoppo, nè aritmia. Il decorso della malattia è variabile. Accanto alla forma mortale, esiste probabilmente una forma leggera curabile.

La sorte ulteriore della miocardite difterica o tifica nell' uomo, si conosce poco. Nell'animale, anco 1-2 anni dopo l'inoculazione, si riscontrano lesioni incontestabili parenchimato-sclerose.

La diagnosi della miocardite si fonda sull'insieme dei sintomi.

La terapia ha per iscopo di calmar l' eretismo cardiaco se ce n' è; di sostenere l'energia del cuore; sollevare la pressione sanguigna; vegliare per la buona funzione degli emuntoi.

Movimento biologico universale

1. Raphael Dubois studia « **l'ufficio del calore nella funzione del muscolo** ». Il calore, prodottosi nel lavoro muscolare, è necessario alla funzione fisiologica del muscolo. Ha sperimentato sui muscoli raffreddati e riscaldati della marmotta, ed ha visto che il tempo perduto della contrazione muscolare è di un terzo più corto nel secondo caso, la durata del periodo d'attività crescente e decrescente è ancora diminuita di metà. Il tetano nella marmotta calda si ottiene in un tempo tre volte minore. La potenza del lavoro è aumentata nella marmotta calda e la stanchezza vi capita più presto. (*Accadèmie des sciences*, 10 luglio 1899).

2. Boissard riferisce un caso di « **sindactilia e polidactilia ereditarie** » all'infuori della sifilide. La madre era polidactilica nei due piedi, il secondo dito era doppio. (*Société d' obstétrique de Paris*, 6 luglio 1899).

3. L. Lewin si occupa della quistione se « **l'acetosella sia un veleno** » a proposito dell'articolo ultimamente pubblicato dall' Eichhorst su di un caso di nefrite acuta mortale consecutiva alla ingestione della pianta. Egli discute tutti i casi finora noti di avvelenamento per acetoselia e conchiude che nessuno è assolutamente evidente ed esclude ogni obiezione. (*Deutsche medicinische Wochenschrift* n. 30, 1899).

4. Calving G. Page in otto casi di scarlatina ha isolato una forma di « **diplococco** » simile a quella già descritta da Class. Le colture in siero di idrocele ed agar glicerinato hanno dimostrato

lo sviluppo di colonie del tutto identiche a quelle ottenute da Class. (*Journal of the Boston Society of medical sciences*, n.12, 20 giugno 1899).

5. Bonnaire studia la « **trasmissione dello streptococco della madre al feto** » a proposito di due casi di trasmissione dello streptococco piogene. Nel 1. caso il bambino morì d' infezione 48 ore dopo, e le colture del sangue, preso dal cuore, diedero lo streptococco puro. Il 2. caso è simile al 1. (*Société d' obstetrique de Paris*, 6 luglio 1899).

6. Mercier e Menu studiano la « **peptonuria nella gravidanza normale e patologica** ». Nelle gravide albuminuriche, non eclamptiche, la peptonuria è costante, così pure nell'eclampsia puerperale. Non è un segno di morte del feto, nè è una stimmata di sifilide materna. La peptonuria pare sia di origine epatica. (*Société d' obstétrique de Paris*, 6 luglio 1899).

7. Reinprecht a proposito della « **torsione dell'utero gravido** » descrive un caso osservato di una donna la quale contemporaneamente alla gravidanza aveva un mioma uterino. D' un tratto verso il nono mese fu colta da dolori addominali estremi per cui fu necessario intervenire (sospettando, come lo era di fatto, una torsione uterina) e fatta la laparotomia, si asportò l'utero miomatoso, previo taglio del medesimo ed estrazione di un feto sviluppato e vivo. (*Wiener klinische Wochenscrift*, n. 30, 27 luglio 1899).

8. Beuttner tratta del « **massaggio in ginecologia** ». Questa pratica molto in uso in America, se è eseguita secondo le norme apposite, può recare immensi vantaggi in diverse malattie uterine, specie nelle annessiti di antica data, nei cambiamenti di statica uterina etc. Il miglior metodo di eseguire il massaggio è col bacino sollevato. (*Wiener medic. Presse*, n. 36, 23 luglio 1899).

9. Velhagen si occupa della « **cura della miopia di alto grado con l'estrazione della lente** ». Il suo giudizio fondato su di una propria statistica di 14 casi, è questo, che l' operazione può giovare solo quando l'oculista si sa rendere conto esatto dell'indicazione nel singolo caso, e tenga presente che non v'ha un'indicazione generale assolutamente precisa (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 30, 1899).

10. Lagrange tratta della « **tubercolosi dell'iride.** » In quanto alla etiologia ritiene che nel maggior numero dei casi essa é primitiva: i bacilli si riscontrano con grande facilità, l'evoluzione della malattia è piuttosto lenta. Si ha da fare in generale con una varietà di tubercolosi attenuata, la quale spesso guarisce localmente, ma l'organismo resta infetto e la tubercolosi si generalizza. Quando l'occhio ha perduto il potere visivo si può fare l'enucleazione, in modo anche da evitare l'eventuale infezione generale. (*La Prèsse mèdicale*, n. 59, 2° luglio 1899).

TERAPIA MODERNA

SULLA RADIOTERAPIA

Radioterapia è quella scienza che impiega a scopo curativo i raggi calorifici, luminosi di Röntgen, come pure i raggi della forza elettrica. Poichè i risultati che si ottengono con questi diversi mezzi sono spesso analoghi, così si è cercato, dal punto di vista della fisica, di trovare, in fattori fisici apparentemente diversi, fenomeni della stessa natura.

È noto che i raggi elettrici seguono le stesse leggi di propagazione, riflessione e rifrazione dei raggi luminosi, e perciò talvolta sono considerati come raggi luminosi a grandissima lunghezza di onde. Anche i raggi Röntgen sono riguardati a torto da alcuni autori come raggi ultravioletti a minima lunghezza di onde, con cui hanno di comune la diffusione in linea retta, la produzione di fluorescenza e con tutta la probabilità anche l' azione chimica. Altri fisici, fra cui Röntgen stesso, considerano i raggi X come fenomeni della stessa natura dei raggi catodici, i quali poi hanno molte analogie con i raggi ultravioletti (Kalisch). E del pari essendo i fenomeni luminosi riferibili a vibrazioni elettriche (teoria elettro-magnetica della luce, di Maxwell), non è improbabile, secondo Wiechert che anche i raggi di Röntgen sieno onde elettro-dinamiche, in cui le eccitazioni elettrodinamiche decorrono non periodicamente, ma a tratti molto brevi, irregolari, successivi.

Considerando dunque dallo stesso punto di vista tutte le forze fisiche cennate, esiste una serie di fatti la quale autorizza ad ammettere che specialmente negli effetti fisiologici prodotti dai raggi X e dalle correnti ad alta frequenza, come pure dalla elettricità statica, si tratti dell'azione di onde elettriche (cioé di quella forma di energia elettrica che recentemente ha trovato applicazioni meravigliosa nell'elettrotecnica, nella telegrafia senza fili). La qualità dell' effetto dipenderebbe dal numero delle vibrazioni elettriche consecutive nell'unità di tempo, come pure dal periodo delle singole oscillazioni. Quest'ultimo dipende inoltre dalla capacità degli apparecchi di scarica e dal potenziale della conduzione impiegata, in una parola dalla costituzione degli apparecchi, le cui scariche sono usate per la produzione delle dette forze fisiche. Dimodocchè con l'apparecchio di Röntgen, con lo strumentario di Arsonval ed anche con la macchina statica si producono onde elettriche, ma gli effetti fisiologici delle singole specie di onde sono

fra di loro differenti, come le qualità fisiche delle forze che sono in azione.

Con la denominazione di correnti ad alta frequenza (correnti di Tesla) si designano correnti indotte a 200 mila, 1 milione di periodo per secondo ed a potenziale molto elevato (alta tensione ecc.). Lo strumentario consta: 1° di una sorgente dell'elettricità (accumulatori o batterie a bicromato con intensità di corrente di 6 ampères; 2° di un induttore di Ruhmkorff a scintilla di 25 cm. ed interruttore rotante; 3° di un condensatore costituito di lastre di vetro ricoperte alle due facce di foglia di stagno e poste a grande distanza l'una dall'altra. Il rivestimento di una delle facce sta in comunicazione con i poli dell'apparecchio d'induzione e con uno scaricatore a disco, quello dell'altra faccia è in connessione con un grosso filo di rame, che forma un piccolo solenoide a 15-20 giri, il quale può a scopo di autoconduzione ecc. essere sostituito da uno grosso, nel cui interno può farsi entrare l'infermo. In questi solenoidi si originano correnti estremamente forti, sincrone alle scintille di scarica del condensatore, e da tensione simile alle correnti di una macchina statica. 4° Ad un'estremità del piccolo solenoide può fissarsi un resonatore di Oudin, costituito di un filo sottile ad innumerevoli giri. Il risonatore vibra insieme al piccolo solenoide, quando esso nella sua autoinduzione corrisponde a quella del solenoide, vale a dire che l'apparecchio produttore dell'elettricità deve dare correnti della stessa velocità alternante di quella del risonatore. A questo scopo nell'interno del piccolo solenoide si trova una bacchetta di ferro che pone in accordo, alla stessa maniera del modo come funziona la spina di ferro negli ordinari apparecchi d'induzione, i periodi delle correnti alternanti con quelle che circolano nel risonatore. La tensione delle oscillazioni elettriche nel risonatore è straordinaria; se ad esso si fissa un elettrode, ne nasce una pioggia di scintille bianche, lunghe, sinuose. La lunghezza del risonatore deve essere nel singolo caso adattata alla capacità dell'elettrode ed a quella del corpo dell'infermo, se si vuole ottenere la completa risonanza. 5° Per l'uso locale delle correnti ad alta frequenza, oltre a questo risonatore si impiegano elettrodi analoghi a quelli degli apparecchi d'induzione, ovvero si adopera un elettrode condensatore, composto di una bacchetta di metallo rinchiusa in una campana di vetro.

Le correnti alternanti ad alta frequenza che si originano con questo strumentario sono innocue per il corpo umano e possono, con una tensione ed una intensità analoga a quella necessaria per accendere una lampada ad incandescenza, attraversare, senza essere avvertito il corpo umano. I loro effetti terapeutici sono i seguenti: Applicate sulla superficie della cute o della mucosa, producono un'anestesia che dura da parecchi minuti ad 1|4 d'ora.

Inoltre hanno influenza favorevole su alcune malattie cutanee. Le medesime correnti agiscono poi massimamente sul ricambio materiale e sulla vita delle cellule, in quantochè aumentano la quantità dell'ossigeno assorbito e dell'acido carbonico espirato. Del pari aumenta in analoghe condizioni la dispersione del calore del corpo. L'aumento dei processi di combustione ha per effetto una considerevole diminuzione del peso del corpo. L'effetto delle correnti ad alta frequenza sui nervi vaso-motori si manifesta dapprima con una dilatazione vasale e poi con una energica contrazione dei vasi, controllabili con lo sfigmomanometro. Non dubbia ed energica è infine l'azione deleteria di queste correnti su diversi microorganismi e sulle tossine da essi prodotte. Queste vengono trasformate in sostanze immunizzanti che aumentano il potere di resistenza dell'organismo.

Le indicazioni delle correnti ad alta frequenza sono perciò le seguenti: per produrre analgesia nelle leggere operazioni o per calmare il dolore nelle nevralgie superficiali, per curare alcune affezioni della cute e delle mucose (eczema, impetigo, psoriasi, lupus volgare, acne, ulceri superficiali di diversa natura, affezioni accompagnate a forte prurito, disordini trofici nervosi della cute, catarro blenorragico del collo dell'utero. Infine sono indicate le correnti ad alta frequenza in tutte quelle malattie provenienti da lentezza del ricambio materiale (diabete mellito, gotta, reumatismo, obesità ecc.) ed in molte nevrosi funzionali.

Riguardo alla metodica speciale D'Arsonval distingue l'applicazione diretta e la indiretta. Questa si conviene per le malattie generali dell'organismo, e si usa o in forma di autoconduzione (l'infermo viene introdotto in un grande solenoide in modo che egli non si trova in nessun modo in contatto con la sorgente dell'elettricità) od in forma di condensazione. In questo caso il paziente viene a formare una delle armature di un condensatore, rappresentato da una sedia a sdraio fatta di un materiale poco conduttore, la cui superficie inferiore è armata di una lamina di stagno (2ª armatura), la quale, al pari dell'ammalato stesso, per mezzo di fili è in connessione con le estremità del piccolo solenoide. Le sedute saranno quotidiane, ed a seconda della sensibilità degli infermi la durata della seduta varierà da 3 a 10 minuti. L'applicazione diretta si attua o mettendo in comunicazione l'infermo con un'estremità del piccolo solenoide mercè due grosse lamine fissate alle gambe o mediante un piediluvio, mentre il circuito vien chiuso da un elettrode che l'infermo tiene in mano e che è in connessione con l'altro estremo del solenoide (applicazione bipolare); ovvero il medico, dopo aver data la necessaria lunghezza al resonatore, striscia

con l'elettrode che ne parte sulla regione del corpo ammalato (applicazione monopolare). Queste applicazioni si ripetono 2-3 volte la settimana, al più 10 minuti per volta.

Lo strumentario che si richiede per la produzione dei raggi X: 1° la sorgente elettrica (batterie di accumulatori, o la corrente della strada con le opportune resistenze intercalate); 2° un trasformatore od induttore a scintille di Ruhmkorff; 3° tubi di Crookes (da preferirsi quelli grandi di Gundelach); 4° un amperometro ed un voltometro inclusi nel circuito primario; apparecchi di protezione (fogli di cartone e rivestiti di lamine di piombo spesse 1|2 mm., la cui configurazione si adatta a quella della parte del corpo che deve essere sottoposta ai raggi. In questa maschera si praticano delle aperture della grandezza e della forma necessaria.

Le onde elettriche che si producono con l'apparecchio di Röntgen hanno un'azione fisiologica più intensa di quelle prodotte dalle correnti ad alta frequenza e dalle macchine statiche. È perciò che talvolta invece di effetti favorevoli si sono avuti effetti nocivi. Bisogna perciò in pratica tener conto di alcuni precetti: la corrente primaria non deve essere molto intensa (non deve superare mai 1 1|2 ampère con 12 volts di tensione; la tensione di poli del rocchetto secondario del trasformatore non deve essere elevata (non si adoperino induttori a scintilla più lunga di 30 cm. e non si avviti il vaso del mercurio troppo in alto nell'interruttore); l'individuo non deve essere collocato troppo vicino al tubo di Croockes.

Sulla cute i raggi di Röntgen producono in prima linea un'azione rilassante dei vasi profondi del corion, a cui si accompagna una leggera essudazione. Questo processo dà luogo, nelle parti del corpo coperte da peli, ad un rigonfiamento della papilla e quindi a distacco del bulbo. Là dove esiste infiltrazione infiammatoria della cute o neoformazione di tessuto giovane, gli elementi cellulari vengono modificati nella loro composizione molecolare, in modo da poter essere facilmente assorbiti (Kaposi). Non é certo se in questi casi giovi l'azione nociva dei raggi di Röntgen sui batteri o la loro azione fagocitaria.

La cura con i raggi di Röntgen é indicata: a scopo di depilazione e nelle malattie cutanee la cui guarigione è prolungata per la presenza dei capelli (sicosi, favo, foruncolosi, acne ecc.); nel *lupus vulgaris ed eritematodes*, nell'eczema cronico, nell'elefantiasi.

L'applicazione è molto semplice: il paziente vien posto a 15 cm. di distanza dal tubo, di fronte e parallelamente all'anticatode. Le sedute saranno quotidiane, della durata di 5-10-20 minuti. Gradatamente può essere diminuita la distanza del tubo. È opportuno dopo le 2 prime sedute fare una pausa di 2-3 settimane, per evitare una forte reazione della pelle nei casi di idiosincrasia. Fenomeni sgradevoli dell'applicazione sono spesso: leggere congiuntiviti, prurito cutaneo, eritemi. Per evitare la congiuntivite si applicheranno le maschere di piombo; per il prurito e gli eritemi può farsi uso della lanolina borata al 15 0|0.

Deve esser fatta menzione infine della terapia con i raggi luminosi (fototerapia secondo Finsen). Lo strumentario che si richiede è: una sorgente luminosa, che può essere o la luce solare diretta od un arco voltaico di 35-80 ampères o la luce Drumond; apparecchi collettori; per la luce solare lenti collettive piane-convesse, del diametro di 20 a 24 cm; cave nell'interno e ripiene di soluzione di bleu di metilene o di solfato di rame; per concentrare la luce di un arco voltaico si adopera un apparecchio costituito di 2 cilindri scorrevoli l'uno nell'interno dell'altro, e provvisti ognuno di 2 lenti piano-convesse.

Fra l'apparecchio ed il soggetto da illuminare vien posto un tamburo, le cui superficie sono costituite da lastre di vetro parallele, e ripiene di una soluzione di solfuro di rame ammoniacale. Questo apparecchio funziona da filtro della luce e fa passare solo i raggi attivi, bleu e violetti, fortemente refrangenti. Un altro apparecchio accessorio serve a raffreddare la parte del corpo colpita dai raggi ed é costituito da un tamburo di cristallo di rocca che si fissa con legacce alla parte; attraverso di esso si fa passare una corrente di acqua fredda.

Gli effetti prodotti dai raggi chimici, ossia bleu, violetti ed ultravioletti, nella cute sono di due specie, da una parte effetti irritanti, come l'eritema solare, l'eczema calorico, e dall'altro sono effetti nocivi all'accrescimento ed allo sviluppo dei batteri. Eliminando gli effetti irritanti, si può ottenere secondo Finsen, con questo metodo di cura, che il vaiuolo assuma un decorso più mite, e recentemente lo stesso si è detto anche per il morbillo e la scarlattina. L'azione battericida dei raggi luminosi chimici ha trovato applicazione nel *lupus vulgaris*, nel *lupus erythematodes* e nell'alopecia aerata.

Il metodo di applicazione consiste, disposto opportunamente l'apparecchio, nell'esporre ogni giorno almeno per 2 ore un tratto quadrilatero di pelle che misura 1-3 cm. per lato. Si comincia dalla periferia della lesione andando verso il centro. La durata della cura deve essere lunga. (*Wiener medicinische Prèsse*, n. 31, 1899.

FORMULARIO

Nelle metrorragie

Acido gallico } ana . ctgr. 50
Polvere aromatica }

Da prenderne 1 polvere 3 volte al giorno.

Cancro dell'utero

Tamponamenti disinfettanti con:

Iodoformio . . . . gr. 15
Solfato di chinina . . . . » 3
Carbone polverato . . . . » 25
Essenza di menta . . . . gocce X

Queste medicature si debbono fare ogni giorno dopo un'irrigazione d'acqua calda.

NOTIZIE E VARIETA'

Recipienti di carta verniciata

I recipienti di caoutchouc rendono grandissimi servizi, ma costan caro e si guastano rapidamente. Il Jacobsohn ha fatto delle esperienze con recipienti di carta di riso, ricoverta nelle due faccie da lacca del Giappone. I risultati sono stati eccellenti.

I bevitori di etere

L'alcool che fa tante vittime e che in tutte le parti del mondo popola gli ospedali, i manicomii e gli ergastoli, da alcuni anni a questa parte ha un nuovo e possente ausiliare non meno venefico e pernicioso nell'etere, che molti fra gli alcoolisti impenitenti o mescolano all'alcool o glielo sostituiscono, perchè, a quanto pare, essi trovano che l'etere è più gradevole al palato e li ubriaca più presto. Ove si sappia che una dose di etere produce l'effetto di quattro dosi di alcool ordinario, si comprenderà di leggieri come i bevitori di etere facciano presto ad avvelenarsi e ad impazzire.

Negli individui che sogliono berlo, l'etere provoca delle sofferenze spasmodiche ed intollerabili e produce gravi ed incurabili lesioni nel fegato, nei reni e nel cuore.

Il consumo della birra

Fra poco Monaco di Baviera non dovrà esser più considerata, per la produzione della birra, la capitale del mondo.

In Berlino si aprono sempre nuove fabbriche di birra e sono eliminati i prodotti della capitale bavarese.

Da una statistica, ora pubblicata si rileva che il numero delle fabbriche di birra è aumentato, negli ultimi sei anni, da 76 a 100.

Negli ultimi dodici mesi il consumo della birra in Berlino si è elevato da 3,574,501 ettolitri a 3,603,137 ettolitri, che dà una media di consumo di 206 litri a testa nella popolazione.

Quattro anni fa era soltanto di 180 litri.

La proporzione delle nascite

Ecco l'ordine decrescente in cui Bodio classifica per il numero delle nascite i vari stati europei: Russia, Ungeria, Serbia, Rumenia, Austria, Germania, Italia, Spagna, Finlandia, Portogallo, Olanda, Inghilterra, Scozia, Danimarca, Norvegia, Belgio, Svezia, Svizzera, Grecia, Francia, Irlanda.

Le soddisfazioni che ci procura la statistica

Togliamo dalla *Tribuna*:

Il signor Alfredo Arks calcolò che [in un anno un uomo pronunzia 11,800,000 parole e dà in media 1,200 strette di mano, ciò che rappresenta una forza bastevole a sollevare una locomotiva di ottanta tonnellate.

Esso alza le palpebre 94,000,000 di volte, impiegando un'energia muscolare capace di sollevare un peso di 25 chili. In un anno, anche, esso cammina tanto quanto gli basterebbe per andare a piedi da Londra a Costantinopoli.

Un altro sapientone della statistica, il signor Everett, calcola che una vita settanta anni trascorre così:

Sonno 24 anni e 9 mesi e mezzo; lavoro 11 anni ed 8 mesi; ricreazione, 11 anni ed 8 mesi; alimentazione 5 anni e 10 mesi; locomozione, viaggi, ecc. 5 anni e 10 mesi; toletta, 2 anni ed 11 mesi: ozio, 1 anno e 5 mesi e mezzo; occupazioni diverse, 1 anno e 5 mesi e mezzo; riflessione, 1 anno e 5 mesi e mezzo; tempo perduto, un anno e 5 mesi.

GAZZETTINO

ROMA. *Le bevande alcooliche e l'igiene.* — In seguito ai voti del Consiglio Superiore di Sanità, al Ministero dell'interno si prepara una circolare tendente a meglio disciplinare la fabbricazione e lo smercio di bevande alcooliche nell'interesse dell'igiene pubblica.

ROMA. *Adulterazione dei generi alimentari.* — Nell'ultimo semestre si sono elevate nei vari comuni 12,283 contravvenzioni alla legge di sanità pubblica per generi alimentari adulterati o guasti trovati presso i rivenditori. Siccome è facoltativo poi per questo genere di contravvenzioni il venire ad una transazione tra l'esercente e l'ufficio di sanità, e questa facilitazione aumenta il numero delle contravvenzioni invece di diminuirle, il Consiglio Supesiore di sanità, ha stabilito che in seguito ad un numero così enorme di attentati alla salute pubblica tutte le contravvenzioni invece di essere transatte sieno deferite all'autorità giudiziaria.

ROMA. *Per una Università cattolica. Il socialismo cristiano.*—Sono partite dal Vaticano circolari a tutti gli ordini religiosi perchè contribuiscano alle spese

occorrenti all' istituzione di una grande Università cattolica a Roma.

Si ritiene peraltro che il Governo, forte della legge Casati, si opporrà a questa istituzione, per la quale si annuncia che il Circolo di San Pietro offrirebbe centomila lire.

ROMA. *Commissione per le acque.*—L'on. Silvio Crespi che era stato nominato membro della Commissione che esamina le principali domande di derivazione d'acque si è dimesso, ed in sua vece fu nominato l'on. Gavazzi.

ROMA. *Onorificenza.*—Il presidente della Repubblica francese ha insignito della croce della Legion d'onore il dott. Gaetano Mazzoni.

MILANO. *Per la protezione dei fanciulli.* — La Società italiana per la protezione dei fanciulli tenne l'altro ieri l'annuale assemblea per la relazione sul rendiconto morale e finanziario, e per provvedere al completamento del Consiglio d'Amministrazione.

Il segretario Giuseppe Albani diede lettura del rendiconto consuntivo 1898 e del preventivo 1900, che venne approvato ad unanimità; poscia furono eletti i rappresentanti sociali.

A presidente venne confermato l'avv. Giovanni Giacobbe, a vice-presidente, in sostituzione del defunto Gioacchino Ancona venne nominato l'avv. Lazzaro Frizzi, a consiglieri si confermarono il senatore conte Annoni ed il conte Giuseppe Crivelli Serbelloni, a revisori i signori Gualta rag. Giuseppe e Santandrea rag. Firenze.

PERUGIA. *Un Collegio-convitto pei figli orfani dei medici.*—Nel Congresso medico tenuto a Padova nel 1872, dal dott. Luigi Casati venne esposta l'idea di istituire in Italia, mediante oblazioni, un Collegio-convitto pei figli orfani dei medici. Si raccolsero lì per lì e negli anni successivi, dei fondi, i quali fino a tutt'oggi non permisero di elargire che otto borse di studio annue di L. 300 ciascuna.

Nel 1890 il dott. Carlo Ruata—professore alla nostra Università—prese a caldeggiare con entusiasmo più unico che raro l'idea umanitaria del Casati, promosse un'agitazione in suo favore e riuscì a raccogliere un piccolo capitale che unito ad altre elargizioni cospicue potrà in un avvenire molto prossimo mantenere almeno venti giovanetti nel Collegio-convitto degli orfani di Perugia.

Quest'oggi intanto l'idea patrocinata dal dottor Casati nel 1872 è un fatto compiuto. Un decreto del 20 luglio p. p. dichiara eretto in ente morale il Collegio-convitto dei figli orfani dei medici: il 27 agosto p. v. si aduneranno tutti i Patroni del Collegio in Perugia allo scopo di nominare, secondo lo statuto, una Commissione amministrativa permanente.

RAVENNA. *Congresso medico regionale.* — Alle 9 e 30 del 30 luglio nell'aula del Consiglio Comunale, si sono radunati oltre 50 medici appartenenti alla Federazione sanitaria regionale.

Presiedeva il dott. Brunelli, medico a Castel Bolognese.

Il Congresso — per quanto breve — si è occupato delle diverse malattie che serpeggiano nelle provincie marchigiane, del modo di maggiormente combattere la tubercolosi, e prevedere ai mali provenienti da vacche che forniscono il latte alle popolazioni.

Dei vari argomenti, hanno parlato—in mezzo alla generale approvazione — i dottori Brunelli, Capanna, medico provinciale: e Buti.

Nel pomeriggio i congressisti si sono portati a Porto Corsini a scopo sportivo.

MACERATA. *Congresso medico regionale.*—Nell'8° Congresso medico marchigiano che si terrà nel prossimo settembre il dott. Pieraccini parlerà sulla *pazzia ereditaria*, il dott. Chiocci sulla *tubercolosi nelle Marche*, ed il dott. Betti sui *crani pausulani.*

PORTO CIVITANOVA. *L'aria, l'acqua e la sabbia di mare.* — Il dott. G. Natalucci ha tenuto il 26 luglio una conferenza su questo tema a beneficio dell'asilo infantile. Ha dimostrato l'importanza igienico-terapeutico dell'aria, dell'acqua e della sabbia di mare, dando opportuni consigli e sfatando dei pregiudizi che ancora fanno presa sul pubblico profano.

PICCOLA POSTA

C. N. Comiso. Faccia lei una proposta, se non vuole la restituzione del danaro.

R. S. Taranto. Spedisca L. 5,50 all' Amministrazione ripetendo la richiesta ed avrà ciò che lei chiede.

CONCORSI E CONDOTTE

Catanzaro. Medico-chirurgo condotto per la contrada Santa Maria di Catanzaro. Annuo assegno lire 1200. Scadenza 10 agosto.

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a piena cura per la frazione di Fereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Cutigliano. (Firenze). Concorso pel medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 2200 gravate di R. M. in più vi è l'assegno annuo di L. 100 per il funzionamento da ufficiale sanitario. Scadenza 31 luglio.

S. Stefano. (Napoli). Sanitario per l'ergastolo ed il distaccamento militare. Stipendio annuo L. 2200 più L. 150-200 per indennità di residenza. Scadenza 31 agosto.

Cagliari. Concorso al posto di professore ordinario di patologia generale nella Università. Scadenza 30 agosto.

Modena. Concorso al posto di professore straordinario d'anatomia patologica nella Università. Scadenza 26 agosto.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIMEDII NUOVI

I DERIVATI DEL VANADIO

Tra i nuovi farmaci meritano considerazione l'acido vanadico ed il metavanadato di sodio poichè si presentano pieni di promesse. Secondo il Lyonnet, un anemico, probabilmente tubercolotico, guadagnò, sotto l' influenza del vanadato di sodio, kg. 2,300 in un mese, un altro anemico kgr. 2.000 in 3 settimane, un tubercolotico kgr. 1,300 in un mese, un altro tubercolotico kgr. 2,000 in 15 giorni; in un diabetico lo zucchero, fin dal primo giorno della cura, scese da gr. 125 nelle 24 ore a gr. 75, ma il miglioramento però non si mantenne. Ma ciò che si è notato in tutti i casi, in cui questi preparati sono stati usati, è stato l'aumento di peso.

Possediamo già coscenziosi ed importanti lavori sui composti vanadici (Laran, Weber, Delame, Hélouis et Delarne, Lyonnet, Martz e Martin, Hallion e Laran, Willm, Manquat).

La maggior parte dei composti vanadici è alterabile. Sembra di essere stati bene inspirati a rivolgersi all'acido vanadico (Laran), o meglio al metavanadato di sodio (Lyonnet, Martz e Martin). La vanadina di Hélouis e Delarne sarebbe, secondo il Weber, un composto di un sale di vanadio, di clorato di sodio. Qualunque sia il suo valore, la vanadina dev'essere esclusa provvisoriamente per l'ignoranza, in cui ci troviamo, della sua composizione esatta. Tuttavia la questione della fissità nell'organismo, in presenza dei succhi digestivi, degli alimenti diversi, non è ancor delucidata.

Dopo la fissità una condizione capitale per l'uso terapeutico è la purezza, i composti vanadici del commercio essendo molto impuri.

Lo studio dell'azione fisiologica di essi non è che abbozzato. Ignoriamo ciò che diviene del vanadio introdotto nell'organismo. Il Lyonnet ed i suoi collaboratori non hanno potuto ritrovare che delle tracce di vanadio nell' urina di un cane intossicato. Se non si elimina per i reni, questa sostanza si elimina allora per altre secrezioni (bile, secrezione intestinale) o s' immagazzina in qualche organo? Tutto ciò che si può prevedere è che l' acido vanadico, se penetra nella circolazione senz'esser modificato, vi si trasforma in vanadato di sodio.

Lo studio della tossicità ha attratto l'attenzione degli sperimentatori. L'acido vanadico, in soluzione al 0,20 0[00 ed iniezioni endo-venose, uccide il coniglio alla dose di 8 mmgr., per kgr. (Laran). Secondo Lyonnet, Martz e Martin, occorrono gr. 0,017 di vanadato di sodio per uccidere un kgr. di coniglio in pochi minuti (iniezione endo-venosa). Per lo stomaco, una dose di gr. 0,20 per kgr. uccide in più di 12 ore. Il cane è più resistente del coniglio: la dose mortale non sarebbe per questo animale che di gr. 0,075 per kgr. Secondo questi autori, nell'intossicazione sperimentale, i globuli rossi non sono alterati, il cuore e la circolazione generale non sono disturbati, ma la dispnea è un fenomeno essenziale. Il coniglio ha ordinariamente delle convulsioni; il cane può avere una ipotermia considerevole. Alla autopsia non si trova, come lesione, che congestione dei reni e del fegato. Si è sorpresi *a priori* che un potente provveditore d'ossigeno, come si pretende che sia il vanadato di sodio, e d'ossigeno allo stato nascente, non determini alcuna alterazione globulare. Di più le osservazioni fatte da Lyonnet, Hallion e Laran non concordano in ciò che concerne l'azione cardio-vascolare: mentre il primo non avea segnalato alcun disturbo cardiaco nè del circolo, i secondi trovavano tra l' azione del metavanadato di sodio e quella della digitale una certa analogia; essi notavano, all' inizio dell'intossicazione, contrazione attiva dei vasi, aumento della pressione arteriosa, infine dilatazione vasale e caduta della pressione. Quanto al cuore, rinforzato dapprima, si rallenterebbe in seguito, diventerebbe irregolare e si indebolirebbe.

L'iniezione di acido vanadico non produce i medesimi fenomeni tossici del vanadato di sodio: secondo il Laran si osserva con il primo di questi corpi nel cane: salivazione, vomiti, diarrea, rallentamento del cuore, paralisi dei vaso-motori; la respirazione si arresta prima del cuore; ipotermia.

Per contro l' azione delle dosi elementari, non mortali, per molti giorni, si traduce con perdita dell'appetito, dimagramento, diarrea.

Tutti gli autori concedono alle dosi terapeutiche gli stessi effetti: aumento dell' appetito,

aumento del peso e delle forze, e ciò tanto con la vanadina che con l'acido vanadico o con il metavanadato di sodio.

Ecco tutto ciò che si sa dell'azione fisiologica dei composti vanadici. Lyonnet, Martz e Martin hanno studiato l'azione *in vitro* del vanadato di sodio sui fermenti digestivi, azione che è parsa nulla a dosi terapeutiche. Nulla fu riscontrata ancora sull'azione sullo zucchero di sangue e sul lievito di birra. Contrariamente a tutte le previsioni, se veramente il vanadato di sodio è un provveditore di ossigeno, il potere antisettico sarebbe molto debole.

In conclusione, i composti vanadici sono delle sostanze di una tossicità assai elevata, che uccidono senza che si conosca il meccanismo della morte, ma che sembrano esercitare, a dose tossica, una eccitazione violenta sui centri bulbari cardio-moderatori. A debole dose essi producono l'aumento dell'appetito ed ingrassamento, a dosi elevate e prolungate la perdita dell'appetito ed il dimagramento.

C'è una relazione tra le proprietà chimiche di questi composti ed i loro effetti? Il pensiero che ha presieduto ai primi studî sul vanadio fa che i composti vanadici sono dei potenti agenti d'ossidazione; essi agiscono a titolo di provveditori di ossigeno; si decompongono per cedere l'ossigeno alle parti difficilmente ossidabili, poi si riformano a spese delle sostanze che possono ceder loro dell'ossigeno. Una volta ricostituiti, si decompongono di nuovo e così via; si tratterebbe di ossidazioni permanenti.

Questa concezione risulta dalla conoscenza delle proprietà ossidanti dei derivati del vanadio utilizzati nell'industria ed è d'una importanza tale che una parte d'un sale di vanadio può trasformare in nero d'anilina 67000 parti di cloridrato di anilina (Lyonnet, Witz ed Osmond).

Ora nell'organismo il vanadato di sodio a dose tossica non altera i globuli rossi e non è antisettico, due ragioni per credere che il suo ufficio di ossidante non è così facile ad ammettere come sembra a prima giunta. Nondimeno, lo studio dei prodotti di ossidazione dell'urina e quelli del chimismo respiratorio conferma l'ipotesi di una esagerazione delle ossidazioni intra-organiche? Tutta questa parte dello studio del vanadio è, per così dire, da farsi. Si trova solo qualche dato nel lavoro di Lyonnet, Martz e Martin, ma insufficiente. Invece di un aumento colossale delle ossidazioni, il Manquat riscontrò solo un lieve aumento dell'urea: il coefficiente di ossidazione azotata una sola volta oltrepassò i 0,77-0,90, nell'altro caso osservato non fu che di 0,83-0,85.

Non esiste alcun dato sul chimismo respiratorio.

Niente quindi prova fin qui che i composti vanadici favoriscano le ossidazioni come la teoria faceva presumere.

Un altro punto che sarebbe interessante di delucidare sarebbe quello di sapere qual'è l'azione dei composti vanadici sulla digestione: dei medicamenti che aumentano l'appetito ed ingrassano potrebbero avere un'azione sul processo digestivo.

Lo studio dei composti vanadici, dal punto di vista della tossicità, è dunque fatto e, malgrado qualche divergenza sufficiente per legittimare i saggi terapeutici con la circospezione che domanda il saggio di tutti i medicamenti tossici. È da studiare ancora il destino di queste sostanze nell'organismo, la loro azione sulla nutrizione, la loro azione sul processo digestivo, la loro azione sui globuli del sangue, occorre confermare la loro azione sul cuore e sul circolo, determinarne il limite di tolleranza.

Fino a che queste nozioni non saranno acquistate, si sarà obbligati a tenersi in una certa riserva poichè non si ha, come guida, se non la costatazione empirica, molto aleatoria, dell'aumento dell'appetito e del peso.

Relativamente ai composti vanadici che sono da preferire dal punto di vista terapeutico e sulle loro dosi esistono delle divergenze. Il Lyonnet con i suoi collaboratori adopera il vanadato di sodio alla dose di gr. 0,001-0,005 per 24 ore in soluzione, ossia gr. 0,001-0,003 prima di ogni pasto: il Lyonnet raccomanda di non dare questo farmaco che 2-3 volte per settimana. Oltrepassando queste dosi si provocherebbe, come negli animali, la diarrea; il Lyonnet ha osservato questo fenomeno con gr. 0,008 in 24 ore. Ma il Manquat ha potuto dare gr. 0,005 per molti giorni di seguito senza osservare anco questo debole inconveniente.

Per evitare qualsiasi inconveniente il Laran consiglia di partire dall'acido vanadico chimicamente puro, di cui si possono fare delle soluzioni rigorosamente titolate. Fin dalle sue prime esperienze il Laran usava delle dosi estremamente deboli, quasi infinitesimali; egli tuttora non oltrepassa il gr. 0,0005-0,0015 di acido vanadico al giorno.

Quanto alla durata della somministrazione dei composti vanadici, nessuna nozione permette di prevederla: ma essi possono venire somministrati senza inconvenienti.

Con l'idea che i composti vanadici siano provveditori di ossigeno sembrerebbe che si abbia dovuto somministrarli nella maggior parte delle malattie che si associano a rallentamento della nutrizione; essi si sono fin quì dati nella clorosi, anemia, tubercolosi pulmonare, nel reumatismo cronico. Nel diabete non sono stati decisivi. In tre casi (neurastenia, linfadenia, tubercolosi pulmonare) dal Manquat non è stato segnalato un aumento del peso, così notevole come è stato osservato dagli altri autori; per contro il Manquat ha osservato una tinta più rosea dei tessuti, analoga a quella che si nota dopo la somministrazione dell'arsenico. Gli arterio-sclerotici-ateromatosi, secondo il Weber, presentano un'esagerazione dei loro disturbi abituali con la vanadina.

I vanadati di ferro, di litina, il fosfo-vanadato di sodio, ecc. sono finora incompletamente studiati.

BIBLIOGRAFIA

L a r a n. *Société de biologie*, 19 febbraio 1898, *Soc. de thérap.*, 9 marzo 1898; *Lyon médical*, 26 febbraio 1899; *La Presse médicale*, 22 aprile e 22 luglio 1899. — W e b e r. *Journal des praticiens*, 28 maggio 1898.—D e l a r n e. *Journ. des pratic.* 1898. — H e l o u ï s et D e l a r n e. IV° Congrès pour l'étude de la tubercolose, 1898.—L y o n n e t, M a r t z et M a r t i n. *Lyon médical.*, 26 febb., 5, 11-19 marzo 1899. — H a l l i o n et L a r a n. *Soc. de biol.* 20 maggio 1899. — W i l l m. Art. du Dict. de Wurtz. — M a n q u a t. *Le Bulletin médical*, n. 58, 22 luglio 1899. — B e r t h a i l. *Thèse de Lyon*, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Gabinetto di Materia medica e Farmac. sperimentale
della R. Università di Modena
diretto dal prof. I. CESARI

RICERCHE COMPARATIVE SULL'ELIMINAZIONE DELLA UREA, DELL'ACIDO SOLFORICO COMBINATO E SULLA TOSSICITÀ URINARIA, IN SEGUITO ALLA SOMMINISTRAZIONE DELLA CRIOFINA E FENACETINA.

Dott. Umberto Baccarani, Assistente

La criofina è stata preparata per la prima volta dal chimico B i s c h l e r nel 1897 e poco dopo studiata dall'E i c h h o r s t e dallo S c h r e i b e r. Per la sua composizione chimica è un metilglicolato di fenetidina e più propriamente il prodotto di condensazione della fenetidina e dell'acido metilglicolico. Consta di cristalli aghiformi, bianchi, senza sapore, poco solubili nell'acqua fredda (1 : 600), di più nella calda (1 : 52). Si scioglie invece assai bene nell'alcool, etere, cloroformio e glicerina.

La differenza fra tale rimedio e la fenacetina sta essenzialmente negli acidi che entrano nella formola chimica, essendo la fenacetina non altro che acetato di fenetidina.

Ora tenendo presente l'osservazione dello O s t w a l d che gli acidi acetici sono molto meno forti dei glicolici se ne deduce quasi *a priori* che la criofina debba riuscire più efficace della fenacetina. Infatti trattando la fenacetina con acidi, la si saponifica con maggiore difficoltà della criofina, e facendole bollire con una soluzione alcoolica di potassa, e in condizioni uguali si saponifica il dieci per cento di fenacetina e il sessanta di criofina: analogamente debbono agire il succo gastrico e gli alcali del duodeno.

Furono appunto queste cognizioni che invogliarono il Clinico di Zurigo a sperimentare sopra i suoi ammalati l'azione antipiretica della criofina e avendola somministrata in moltissime malattie febbrili (tifo, pneumonite, eresipela, endocardite ulcerosa etc.), assicura che l'effetto non è mai mancato e che non si hanno a lamentare, — a meno di non prescriverla a dose troppo elevata — effetti spiacevoli. Ne studiò pure l'influenza sul polso e sulla pressione sanguigna, servendosi dello sfigmografo del B a s c h, osservando come quello iperdicroto si facesse dicroto o ipodicroto e come in pari tempo la pressione del sangue nell'arteria radiale crescesse di 10, 25 mm. La somministrava in ostia e a metà dose della fenacetina, avendo osservato come 50 centigr. di criofina, avessero lo stesso effetto di 1 gr. di fenacetina.

Lo S c h r e i b e r arrivò alle stesse conclusioni dell'E i c h h o r s t in quanto all'azione antipiretica, e ne sperimentò pure, in molti casi, e con brillante risultato, l'azione antinevralgica spiccata (cefalalgia, nevralgia del trigemino, sciatica etc.).

Le conclusioni dei due sopracitati osservatori sono adunque interessanti dal lato pratico e farebbero credere che la criofina dovesse sostituirsi, in breve tempo, alla fenacetina, poichè di questa non avrebbe i temibili inconvenienti (cianosi, collasso), che quando le dosi fossero esagerate (E i c h h o r s t); mentre poi per ottenere l'effetto che si desidera non importa adoperarne che la metà della dose della fenacetina.

Questi risultati d'ordine clinico, sono stati confermati dal G r a z i a n i sperimentalmente coll'esame delle urine per mezzo del quale potè dimostrare come la criofina venisse eliminata, appena un'ora dopo l'ingestione, mentre per la fenacetina importavano molte ore (sette in media), prima che ne fosse evidente la reazione.

Tali conclusioni abbastanza seducenti m'hanno invogliato a studiare l'azione comparativa dei due rimedi sull'eliminazione dell'urea, degli eteri solforici e sulla tossicità dell'urina, potendo ritrarre con tali ricerche nuovo argomento sulla maggior prontezza ed efficacia curativa della criofina.

Mi sono valso per i miei esperimenti di due soli ammalati della Clinica Medica Generale, essendo i risultati pressochè identici, affetti amendue da mielite dorsale, apiretici e tenuti per tutto il tempo delle esperienze, in riposo a letto e a una dieta costante. Facevo racco-

gliere le urine delle 24 ore e sopra queste praticavo gli esami. S' intende che ho avuto cura di mettermi nelle migliori condizioni per ottenere risultati il più che sia possibile vicini al vero: epperciò ho esaminate le urine di tre giorni anteriori alla somministrazione dei due rimedi e quella dei cinque successivi. Ho somministrata la criofina in ostia alla dose di 1 grammo e mezzo per giorno, divisa in tre cartine, e per tre giorni di seguito, potendo in tal modo conoscere se l' azione del medicamento delle prime 24 ore si sommava o no con quella degli ultimi due giorni. Somministrai invece la fenacetina, giusto i risultati dell'Eichhorst, in quantità doppia (3 gr. al giorno). Naturalmente per tutta la durata delle esperienze gl'infermi non furono assoggettati ad alcun altra cura.

La temperatura presa ogni tre ore e per tutta la durata delle ricerche non oscillò più di quello che nelle condizioni anteriori. Nessun disturbo soggettivo accusano gl' infermi.

Per il dosaggio dell'urea mi sono valso del metodo gassometrico di Lecomte-Ivon, che è quello comunemente usato, ed è fondato sulla decomposizione dell'urea in anidride carbonica e azoto in contatto all'ipobromito di sodio. Per la ricerca dell' acido solforico combinato mi sono attenuto a quello di Salkowski, che consiste nel far bollire a bagno-maria una quantità nota di urina, previamente liberata con un eccesso di soluzione barica dai solfati, con pochi centimetri cubi di acido cloridrico. Si decompongono gli eteri solforici con sviluppo corrispondente di acido soltorico, donde un proporzionato precipitato di solfato di barite, che si scioglie su filtro tarato e si pesa. Relativamente alla determinazione della tossicità urinaria ho fatto uso della stessa tecnica adoperata nel lavoro sulla tossicità della saliva umana pubblicato in collaborazione col dott. Pignatti della Clinica Medica. Con tale metodo era possibile realizzare una velocità costante, essendo noto, specie dalle ricerche di Joffroy e Serveaux, come il potere tossico di una sostanza varî col variare della rapidità dell'iniezione.

Le conclusioni a cui sono giunto sono abbastanza dimostrative e le trascrivo come risultano dal protocollo delle mie esperienze senza riportare, per amore di brevità, un lusso inutile di particolari e di numeri.

Eccole senz'altro:

FENACETINA	CRIOFINA
Non modifica in modo sensibile l' eliminazione dell'urina.	Non modifica, in modo sensibile, l' eliminazione dell'urea.
Aumenta notevolmente l'eliminazione degli eteri solforici, e tale aumento perdura parecchio tempo dopo che s'é ne sospesa la somministrazione.	Aumenta pure l' eliminazione degli eteri solforici, quasi quanto la fenacetina, e la quantità dell'acido solforico combinato ritorna subito dopo la sospensione del rimedio alla norma.
Diminuisce la tossicità urinaria nel rapporto di 1 : 1.5 e tale diminuizione dura qualche giorno dopo la cessazione del rimedio.	Diminuisce la tossicità dell' urina sul rapporto di 1 : 2,5 ritornando dopo la sospensione del rimedio al titolo di prima.
Ha azione cumulativa.	Non ha azione cumulativa.
Deve essere somministrata a dose doppia della criofina per ottenere gli stessi risultati.	Può essere somministrata a metà dose della fenacetina per ottenere gli stessi risultati.

Queste mie conclusioni sono abbastanza eloquenti e non hanno bisogno di essere illustrate; sono una prova di più dell'azione *più pronta più efficace,* ma *meno duratura* della criofina in confronto della fenacetina.

Avrei terminato, ma mi corre obbligo prima di ringraziare il prof. Cesari per i consigli suggeritimi e il prof. Galvagni per aver messo a mia disposizione i due infermi della sua Clinica.

BIBLIOGRAFIA

Eichhorst *Deutsc. med. Wochenscrift*, n. 17 1897. Schreiber. *id. id.* 1897, n. 45. -Ostwald. *Zeitschr. für physikalische* (chemie III). — Graziani. La Criofina. Metodo sensibile per riconoscerla nell'urina e studio comparativo d'azione tra essa e la fenacetina. *Rif. Med.* 1897 III. pag. 98.— Pignatti e Baccarani. Ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati, *La Settimana Medica*, anno 53°, n. 25 e seg. -- Joffroy e Serveaux. *Archiv. de Mèdec. experiment. et d'anat. patholog.* gennaio 1896.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

prof. Déjerine

Sulle paralisi pseudo-bulbari

Una donna di 47 anni da parecchi mesi è affetta da disordini della parola e del cammino. Ciò che colpisce prima di tutto in lei è la fisonomia: le labbra sono semiaperte, le commessure abbassate,

così come negli individui piagnucolosi; nondimeno essa è soggetta più spesso ad eccessi di riso spastico, che non di pianto. Facendola parlare, si sente che la sua voce è baritonale e nasale; alcune parole sono da lei pronunziate a stento: si tratta perciò di disartria, ossia di una paralisi incompleta dei muscoli che servono alla pronunzia delle parole. Antecedentemente l'inferma godeva buona salute, quando 4 anni or sono fu colpita da emiplegia destra in modo brusco. Migliorò notevolmente nello spazio di alcune settimane e non residuarono disordini rilevanti della parola. Due anni addietro essa ebbe un attacco di emiplegia sinistra, la paralisi degli arti fu grave per alcuni giorni, ma fin dal principio dell'emiplegia si manifestò disartria.

Se l'ammalata muove la lingua, si può vedere che non esiste paralisi; invece è fortemente colpito il velopendolo, che pende e chiude incompletamente la retrocavità delle fosse nasali. Questo grado così spiccato di paralisi si rileva con la parola nasale e con i disordini della deglutizione, in quanto che i cibi rifluiscono per il naso. La faringe non è sana, i costrittori sono paralizzati, spesso gli alimenti liquidi penetrano nella laringe provocando crisi estremamente penose.

Notevoli disordini esistono da parte del facciale inferiore. Il facciale superiore è sempre integro in questi malati; invece i muscoli innervati dal facciale inferiore funzionano in modo difettoso: non è possibile il fischiare, ed il riso è trasversale.

All'esame laringoscopico, durante uno sforzo di fonazione si vede che le corde vocali non si ravvicinano fra di loro completamente, ma resta fra di esse uno spazio libero; vi ha perciò un certo grado di paralisi dei crico-aritenoidei posteriori.

La forza dei muscoli masticatori è pure notevolmente diminuita.

Esiste inoltre ptialismo incessante; segno costante in questa malattia.

Un fatto su cui devesi insistere è che l'ammalata è una paralitica senza atrofia muscolare. Questa ha un'importanza capitale nella sintomatologia dell'affezione di cui si tratta. La forza muscolare è diminuita in entrambi i lati, ma più a destra, che a sinistra. I riflessi tendinei sono esagerati in tutti gli arti, vi ha una tendenza al fenomeno del piede ed un certo grado di contrattura in tutte le estremità. Anche il riflesso massaterino è esagerato. Le sensibilità generali ed i sensi specifici sono integri.

Il cammino è caratteristico della malattia: si fa a piccoli passi ed a tastoni, come se l'inferma cammini all'oscuro e temesse di urtare contro qualche ostacolo.

I sintomi di cui ora si è tenuto parola su quale malattia richiamano l'attenzione? Dal punto di vista anatomico, il quale deve essere sempre preso in considerazione quando si vuol far la clinica e specialmente la clinica delle malattie nervose, riunendo insieme i sintomi che l'ammalata presenta, si riconosce che certi nervi bulbari sono colpiti da paralisi; si tratta cioè di una paralisi bulbare ed inoltre di una leggera paralisi degli arti. Ma di che specie di paralisi bulbare si tratta? Sarà bene prima di studiare questa sindrome, di presentare un caso analogo. È una donna di 75 anni che tempo addietro ebbe un'emiplegia destra e d'allora in poi una disartria eccessiva, la quale non permette all'inferma di pronunziare le parole in modo intelligibile. Esistono poi disordini della deglutizione e della masticazione, paralisi completa dell'ipoglosso destro. Non ci è alcun segno di atrofia muscolare. Ci sono traccie di emiplegia senza esagerazione dei riflessi tendinei.

Poichè si tratta della sindrome della paralisi bulbare, bisogna domandarsi quali sono le affezioni che la producono. In primo luogo di fronte ad un disartrico, devesi pensare a parecchie cause. Vi ha disartria nella paralisi generale, ma qui si tratta di un disordine speciale della parola, difficile ad essere confuso; del pari si riconosce subito il parlare della sclerosi a piastre. In un disartrico che ha paralisi dei muscoli masticatori e laringei, si pensa subito ad una paralisi dei nuclei dell'ipoglosso, del facciale, del trigemino, dello spinale, dello pneumogastrico o ad una paralisi dei nervi periferici corrispondenti a questi nuclei.

Siamo qui in presenza della paralisi labio-glosso-laringea di Duchenne di Boulogne? Essa è prodotta da una paralisi lenta e progressiva dei muscoli della lingua, del velopendolo, della faringe e dei muscoli masticatori. Ma in questa paralisi, dovuta alla distruzione progressiva dei nuclei e dei nervi corrispondenti, vi ha sempre atrofia muscolare. Fin dal principio si ha già atrofia della lingua, che apparisce sparsa di solchi e di prominenze; ciò basta per la diagnosi. È una specie di poliomielite cronica dei nuclei bulbari che spariscono per atrofia lenta. Questa atrofia cellulare è accompagnata da sclerosi dei fasci piramidali; in altri termini le lesioni sonò quelle stesse che si osservano nella sclerosi laterale amiotrofica nella quale molto spesso si hanno i fenomeni della paralisi glosso-labio-laringea.

La questione se questa sindrome possa esser data da una lesione cellulare pura dei nuclei bulbari senza la sclerosi piramidale concomitante, non è ancora definita. Comunque sia nella paralisi labio-glosso-laringea di Duchenne esiste sempre atrofia muscolare, e quindi nelle due inferme menzionate non si tratta di questa malattia. Potrebbe invece trattarsi di una nevrite periferica o di una lesione della base, forse specifica, che comprima le radici od i tronchi dei nervi corrispondenti, ma in questi casi insieme alla paralisi havvi atrofia. Dippiù nelle paralisi bulbari che complicano le

nevriti periferiche tossiche, si può avere inoltre paralisi del facciale inferiore e dei muscoli oculari. L'afasia motrice può d'altra parte far esitare a prima vista sulla diagnosi, ma essa deve essere eliminata perchè non si accompagna a paralisi. Nell'afasia motrice sia d'origine corticale, sia sub-corticale, non v'ha paralisi dei muscoli della fonazione.

Merita pure di essere tenuta in conto l'ipotesi che si tratti della paralisi bulbare astenica o senza lesione anatomica. In questa forma morbosa, che è rara, sono paralizzati i muscoli della lingua, del velopendolo, della faringe, della laringe, dell'orbicolare delle labbra e della masticazione, ma la paralisi non è limitata al dominio del facciale inferiore. Vi ha pure paralisi dei muscoli estrinseci dell'occhio. Nella paralisi bulbare astenica non c'è atrofia dei muscoli, e questi presentano un fenomeno caratteristico, ossia un rapido esaurimento nel ripetere lo stesso movimento; e ciò corrisponde all'esame elettrico la reazione miastenica di Jolly.

Le due ammalate di cui si è tenuto parola sono affette di paralisi bulbare, ma poiché non c'è atrofia, in contrapposto alle paralisi di origine nucleare o periferica, si tratta di paralisi pseudo-bulbare.

Questa è quasi sempre una malattia degli adulti, ma recentemente sono stati osservati casi analoghi nei bambini, e casi di paralisi bulbare congenita (in tutto tre).

Il caso osservato da Dèjerine riguarda una ragazza di 14 anni, nata a termine senza alcun traumatismo. Fin dalle prime settimane dopo la nascita i parenti si accorsero che la bambina non poppava bene, e che aveva una certa difficoltà a deglutire il latte, che spesso era cacciato via dalla bocca o dal naso. Inoltre nel braccio destro la motilità era limitata in confronto a quella del sinistro. Questi disordini della motilità andarono crescendo, il che spiega come questa ragazza attualmente è mancina. La sua fisonomia è piagnucolosa, nondimeno essa non è di umore triste. Ha ptialismo continuo e disordini dei muscoli annessi alla fonazione. Sono aboliti i movimenti di lateralità della lingua; il velopendolo è paralizzato. La disartria è eccessiva: molte parole che l'inferma pronuncia non riescono a capirsi, e la voce è nasale. L'intelligenza è poco sviluppata, e vi ha anche un arresto di sviluppo dell'arto superiore destro. Manca l'atrofia dei muscoli della fonazione e quindi si tratta di uno dei casi rarissimi di paralisi pseudo-bulbare congenita.

L'inizio della paralisi pseudo-bulbare degli adulti è variabile. Quando esso è brusco, si osserva quanto segue: l'individuo ha un attacco di emiplegia di cui si rimette più o meno bene; poi ha un altro attacco al lato opposto e diventa pseudo-bulbare. Altre volte la malattia si manifesta progressivamente: v'ha dapprima un lieve stato comatoso per lo più senza *ictus*, poi una lieve disartria ed infine una disartria eccessiva. Tra le forme ad inizio brusco a quelle ad inizio lento vi sono tutti i gradi intermedii.

Il decorso della paralisi pseudo-bulbare è vario. In principio può osservarsi un certo miglioramento, ma poi, a meno che non si tratti di sifilitici, lo stato si fa stazionario o progressivo. La salivazione dura fino alla fine. Esistono disordini psichici: gli ammalati sono facilmente emozionabili e di umore instabile; v'ha diminuzione manifesta della memoria e dell'intelligenza. Facilmente si osservano il pianto ed il riso spastico, che in questa malattia non debbono essere messi in rapporto ad una lesione speciale, ma debbono riguardarsi come un ritorno allo stato infantile.

La prognosi è infausta, anche se si tratti di individui giovani e di sifilitici; la guarigione non avviene mai.

Riguardo alla sede anatomica della lesione, mentre nella paralisi bulbare vera esiste distruzione dei nuclei bulbari, nella pseudo-bulbare la lesione si trova tra la corteccia ed i nuclei bulbari o nella corteccia stessa.

Intravista da Magnus Hüss, la paralisi pseudo-bulbare fu poi studiata da Joffroy. Ma Lèpine ha descritto esattamente la malattia e ne ha indicato la localizzazione anatomica. Secondo lui si tratta di una lesione simmetrica della parte esterna dei nuclei lenticolari (putamen). Ma ulteriori osservazioni hanno messo in dubbio questa localizzazione, perchè in individui vecchi si è trovato distrutto il putamen, senza che ci fossero stati i segni della paralisi pseudo-bulbare. Oppenheim e Siemerling hanno poi trovato in questa malattia focolai miliari di rammollimento nel bulbo e nel ponte, visibili soltanto all'esame microscopico, ed a queste alterazioni essi attribuiscono lo sviluppo dell'affezione. Secondo Dèjerine, perchè si abbia una paralisi pseudo-bulbare si richiede o una lesione bilaterale degli opercoli rolandici (evenienza assai rara), o una lesione bilaterale che distrugga in un punto del loro tragitto le fibre di projezione di questi opercoli. A questa ultima categoria appartiene, secondo Dèjerine, la maggior parte dei casi di paralisi pseudo-bulbare; si tratta cioè di lesione capsulare doppia o di focolai nel ponte. (*La Médecine moderne*, n. 55, 26 luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA MEDICA DI GENOVA

Seduta del 3 luglio 1899.

Oberti C. M. **Gli strati epiteliali di rivestimento dei condotti escretori ghiandolari.** — In questa nota preventiva comunica i risultati di alcune ricerche fatte

nell'uomo, in rapporto agli epitelii dei condotti escretori.

Egli ha studiato la struttura dei dotti di tutte le ghiandole indistintamente e presenta all'Accademia una serie completa di nitide fotografie dei preparati microscopici relativi, rileva come di alcune ghiandole non siano state finora descritte da nessuno con esattezza i dotti escretori. Così ad esempio nelle ghiandole laringee e tracheali egli ha trovato un epitelio cilindrico a doppio strato, di cui il primo costituito di cellule alte, cilindriche, il secondo di cellule piccole e cubiche. Lo stesso fatto osservò nelle ghiandole della mucola nasale però in queste il secondo strato si presenta meno ricco di cellule che il soprastante. All' infuori di altre particolarità osservate nei dotti di altre ghiandole egli ha pure riscontrato una doppia stratificazione nell'epitelio dei condotti delle ghiandole di **Krause**. Inoltre ha potuto mettere in evidenza che le stratificazioni epiteliali nei condotti seguono, almeno nell'uomo una regola fissa e cioè: I dotti escretori, che sboccano sopra superficie tapezzate da epiteli a più strati, sono a loro volta rivestiti da epitelio stratificato, e inversamente i dotti escretori che sboccano sopra superficie coperte da epitelio semplice sono sempre rivestite da epitelio semplice.

Ganfini C. **Sulla sede delle paratiroidi umane.** — Avendo esaminato 40 cadaveri ha potuto costatare che le paratiroidi superiori, corrispondenti alle interne degli animali, sono situate all'unione del terzo superiore coi due terzi inferiori della faccia posteriore dei lobi laterali del corpo tiroide. Le due paratiroidi inferiori corrispondenti alle esterne degli animali, nella metà dei casi osservati erano situate alla faccia posteriore e presso il margine inferiore dei lobi laterali della tiroide; nell' altra metà dei casi, al disotto di questo margine inferiore e distanti da esso di pochi millimetri fino a 2-3 centimetri, situate quindi sulle faccie laterali della trachea e circondate dall' adipe retrosternale. In sei di questi ultimi casi la paratiroide inferiore, o a destra o a sinistra, era in intimo rapporto, con la parte craniale del timo.

Questi 6 casi starebbero a dimostrare oltre alla origine delle paratiroidi inferiori dal timo, ancora un altro fatto cioè che il timo, nella sua discesa, le trascina seco in basso e quando questo successivamente si atrofizza, esse restano incluse nei suoi residui, ossia nel grasso retrosternale.

Ascoli G. e Sciandone P. **Sulla tensione osmotica degli essudati e trasudati.** — Comunicano delle osservazioni crioscopiche comparative tra essudati e trasudati. I reperti riferiti al comportamento del sangue segnano delle deviazioni molto frequenti e sensibili dal punto di congelamento. I trasudati in generale si distaccano meno; il loro comportamento non è costante. Fanno rilevare che tali differenze rappresentano uno squilibrio osmotico fra sangue e versamento, squilibrio che non potendo riferirsi, nelle condizioni di osservazione, a modalità di riassorbimento, sta, a significare un'attività degli endotelii nel senso della teoria di **Heidenhein**. Lo eccitamento proprio del processo flogistico rende più manifesto il fatto per gli essudati. L' osservazione crioscopatica per tanto potrebbe in certi casi fornire un criterio diagnostico.

Mircoli S. **Contributo alla fenomenologia dell'intossicazione tubercolare umana.** — Riferisce il caso di un giovane tubercoloso, senza tosse, nè sputo, nè febbre e con fenomeni locali leggeri e che presentava insieme ad un notevolissimo deperimento organico, un massimo di reattività, anche a dosi minime per mezzo cent. cub. di siero **Maragliano**, lo stesso siero che in tubercolosi comuni non provoca inconvenienti anche in dosi di 50 cent. cubici. Questo malato dopo tali crisi aveva dei miglioramenti ed attualmente le condizioni sue sono assai migliorate.

Osservò ancora questi fatti di speciale reattività in parecchi malati d' ambulatorio, a secondo del diverso grado di cachessia tubercolare e potè pure rilevare come in certi casi esiste un grado diverso di reazione perfino fra le due metà del torace mostrandosi la regione corrispondente al polmone malato meno tollerante di quella corrispondente al sano. Fa rilevare la lucentezza degli occhi nei tubercolosi, la tendenza dell' occhio stesso alla midriasi, fatti che sono in relazione con quanto si osserva negli animali avvelenati da tubercolina. Riporta il caso di un tubercoloso in cui si aveva midriasi con paralisi dell'accomodazione nell'occhio corrispondente al lato opposto a quello della lesione polmonare e riportando queste osservazioni a quanto si osserva d'analogo nei casi d' avvelenamento da funghi riferisce questi fatti a cause tossiche e si domanda ancora se non debbano essere attribuite pure a cause tossiche le alterazioni psichiche dei tubercolosi ed i loro atti impulsivi.

Movimento biologico universale

1. Salaghi, docente di terapia fisica, descrive un «**termoforo elettrico**» da lui ideato e fatto costruire, per le applicazioni locali del calore. Data la facilità del suo uso, il funzionamento automatico, i vantaggi della graduazione etc. rendono il riscaldamento elettrico superiore agli altri metodi (*La Settimana medica*, n. 30, 29 luglio 1899).

2. Zagari, in collaborazione con **D'Amato**, ha eseguito alcune ricerche riferentesi alla «**influenza delle inalazioni di ossigeno e del moto sulla eliminazione dell' acido urico e corpi affini.**» Hanno visto che le inalazioni di ossigeno e l' attività muscolare non hanno alcuna

influenza sulla scomposizione delle nucleine, l'ossigeno ritardando il metabolismo dei nuclei cellulari, il moto accelerandolo. L'acido urico si è visto risentire delle influenze di questi due fattori. (*Il Morgagni*, n. 7 luglio 1899).

3. ROVIGHI E PORTIOLI si occupano dell' « **azione dell'acido carbamico sull'organismo.** » Le conclusioni a cui arrivano sono le seguenti: 1° L'acido carbamico, combinato coll' ammoniaca, accumulandosi nell' organismo, dà una sindrome nervosa simile alla epilessia. 2° Nell' avvelenamento per questa sostanza si hanno lesioni parenchimali epatiche e della sostanza corticale del rene. 3° I disordini nervosi sono in rapporto con estese lesioni istologiche delle cellule nervose corticali. 4° L'azione stimolante ed irritante dell'acido carbamico sembra si debba attribuire alla ammoniaca, colla quale esso è combinato. (*Il Morgagni*, n. 7, luglio 1899).

4. F. W. MOTT e W. D. HALLIBURTON hanno studiato il « **sangue nel beri-beri** ». Essi hanno trovato che l'estratto alcoolico del sangue nel beriberi iniettato nelle vene fa abbassare notevolmente la pressione. (*British medical journal*, n. 2013, 29 luglio 1899).

5. MUGGIA porta un « **contributo allo studio del mixedema infantile** » descrivendo un caso clinico osservato da lui, e venendo infine alle seguenti conclusioni; 1° Nei bambini esiste uno stato anemico grave accompagnato da aspetto mixedematoso, che migliora grandemente colla cura tiroidea. 2° Il mixoedema congenito che suole comparire spesso dopo i sei mesi, si accompagna a macroglossia, idiozia, abbassamento della temperatura e della pressione, alterazione del sangue, nanismo e ritardo di ossificazione. (*Il Morgagni*, n. 7, luglio 1899).

6. DADDI e SILVESTRINI descrivono un « **caso mortale di corea del Sydenham** » con ricerche microscopiche e batteriologiche. La corea sembra che non si debba attribuire a lesione di speciali distretti del sistema nervoso centrale, e che la lesione può essere variamente localizzata o uniformemente diffusa. (*La Settimana medica*, n. 30, 29 luglio 1899).

7. MOIZARD riferisce un « **caso di febbre tifoide** » osservato in una ragazza di dodici anni, che avrebbe una certa importanza, poichè mostra chiaramente come la tifoide al suo inizio simula l'appendicite. (*Journal de mèdecine et de chirurgie*, 10 luglio 1899).

8. BERGER si occupa diffusamente della « **tubercolosi ganglionare** » e si ferma specialmente a trattare della varietà pseudo-linfadenica, descrivendone tre casi che egli ha avuto occasione di osservare. (*Le Bulletin mèdical*, n. 59, 26 luglio 1899),

9. DEUTSCH si occupa della « **cura del lupus vulgaris e del lupus erythematosus** ». Dopo di aver passato in rassegna i varii metodi terapeutici fin qui usati egli espone un nuovo metodo quale è quello delle correnti di aria calda, le quali sembra che agiscano favorevolmente su queste dermatosi (*Klinisch - therapeutische Wochenschrift*, n. 31, 30 luglio 1899).

10. MARISCHLER descrive un « **caso di abnorme iperidrosi della metà destra superiore del corpo** ». Il paziente era un giovane di 14 anni. Dalle ricerche eseguite sul ricambio materiale e dallo esame accurato del soggetto, l'autore conchiude ammettendo che trattasi di una nevrosi, la quale si esplica come una abnorme funzione della secrezione sudorifera, ed è legata ad uno stato di depressione nervosa. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 30, 27 luglio 1899).

IGIENE PUBBLICA

PURIFICAZIONE DELLE ACQUE POTABILI CON IL PEROSSIDO DI CLORO

Recentemente dei metodi chimici di sterilizzazione, applicabili alle grandi masse d'acqua necessaria ad una popolazione considerevole, son divenuti l'oggetto di ricerche e di saggi permettenti di proporne l'uso in una maniera pratica.

Il 17 luglio il comitato consultivo d'igiene pubblica di Francia è stato chiamato a dare il suo giudizio sull' epurazione delle acqne potabili mediante il perossido di cloro.

Il perossido di cloro od acido ipoclorico è un prodotto facilmente decomponibile in presenza di materia organica; esso è un ossidante dei più energici e possiede delle proprietà battericide preziose. L'efficacia di quest'agente è stata scientificamente dimostrata da Van Ermengem e da Molinari, Malvoz e Van Pèe.

L'uso del perossido di cloro per la purificazione delle acque è recentemente uscito dai limiti dell'esperimento, grazie ad un processo industriale, imaginato da Henry e Albert Bergè. Si sa che il perossido di cloro s'ottiene facendo agire il clorato di potassio sull'acido solforico. Ma allo stato gassoso e sovratutto allo stato liquido, questo prodotto, il di cui punto d'ebollizione è a circa 10° C, diviene un esplosivo pericoloso. Il Bergè per rendere il suo uso industriale inoffensivo utilizza una soluzione acquosa di perossido. Di più Henry e Bergè proscrivono l'uso dell'acido solforico concentrato, che, dando luogo ad una reazione rapida, produce spesso delle esplosioni e delle projezioni, e ricorrono invece ad un acido leggermente diluito a 58° Baumè, avendo cura di non usarlo che dopo raffreddamento. Avviene in tali condizioni una decomposizione lenta e regolare del clorato

di potassio e si evitano così i rischi dell'esplosione. Per maggior sicurezza, si evita l'accumulo di quantità importanti di perossido di cloro gassoso, trasportando via il gas, a misura che si forma, mediante una corrente d'aria che attraversa il miscuglio.

Una condizione necessaria perchè l'acqua sia ben purificata, è che essa contenga un eccesso di soluzione di perossido di cloro. Questo prodotto essendo dotato di un potere colorante molto intenso, l'acqua che ne contiene un eccesso prende, almeno all'inizio, una leggera tinta gialla, facilmente apprezzabile in confronto con l'acqua non trattata. Un processo chimico permette di assicurarsi che il periossido di cloro è realmente in eccesso: si aggiunge al campione d'acqua da esaminare un miscuglio d'acqua d'amido e di soluzione di joduro di potassio; il minimo eccesso di perossido di cloro mette in libertà del iodio, che colora l'amido in bleu.

A parte il pericolo dell'esplosione, ve ne ha un altro consistente nell'odore e sapore speciale, ricordante l'acqua di Javelle, che ha l'acqua trattata con il perossido di cloro per un certo tempo. Questo composto ossigenato di cloro, allo stato libero, o sotto forma di acido ossigenato inferiore, non è probabilmente inoffensivo.

Per eliminare il perossido rapidamente il Bergè fa passare l'acqua sul coke, con cui la distruzione è immediata. Ma questa influenza favorevole del coke, non è secondo l'Ogier, relatore della commissione, di lunga durata, ma riappare rapidamente quando il coke è messo in contatto dell'aria. Il gas clorato si decompone al contatto delle materie organiche dell'acqua, che ossida; il cloro scompare allo stato di cloruro alcalino formato a spese dei carbonati dell'acqua. La quantità dei cloruri si trova dunque accresciuta in quest'acqua; ma questo aumento non è quasi apprezzabile tanto esso è debole e non modifica la qualità chimica dell'acqua; esso è trascurabile nella pratica.

Il perossido di cloro è un agente antisettico potente; per la sua azione ossidante diminuisce in modo considerevole la quantità delle materie organiche. Il risultato è evidentemente variabile secondo la quantità del reattivo usato. Esso può dare secondo l'Ogier, origine ad una certa quantità di ozono, la cui influenza verrebbe ad associarsi a quella del composto clorato.

Ma la dose di perossido deve essere proporzionale alla quantità d'impurità da distruggere; il massimo che basta a sterilizzare l'acqua, più impura, è di gr. 0,0025-0,003 di perossido di cloro per litro: in tali casi occorre però di filtrar l'acqua con i processi di filtrazione usuale (sabbia, silice, ecc.).

Il processo del Bergè ha già ricevuto una sanzione pratica nel Belgio. Ma perchè possa essere bene applicato è necessario in tesi generale che il processo di purificazione delle acque potabili sia applicato ad acque piuttosto pure dal punto di vista delle materie organiche; che le quantità di periossido di cloro da usare siano fissate con saggi preliminari, perchè esse variano secondo il grado di purezza dell'acqua; che l'acqua non sia destinata al consumo se non dopo scomparsa del perossido in eccesso. (*La Semaine medicale*, n. 31, 19 luglio 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli *Annales de l'Istitut Pasteur*, diretti da Duclaux, vol. 13 n. 7, 25 luglio 1899).

1. I. Cantacazene. **Ricerche sulla spirillosi delle oche.** — La conclusione di questo lavoro è che non si può attribuire ad influenze umorali la distruzione degli spirilli nell'animale vivente, le proprietà battericide non si sviluppano nel siero che all'infuori dell'organismo, e ciò con un'energia tanto maggiore quanto più si allontanano dalle condizioni fisiologiche. Del resto la comparsa di queste proprietà nel siero è oggi un fatto abbastanza noto negli animali di laboratorio vaccinati contro il colera, il vibrione di Metchnikow, lo streptococco, il mal rosso dei suini; si sa ugualmente ch'esse non corrispondono a nulla di simile nei tessuti dell'animale ammalato. Fra i fenomeni osservati *in vitro* e quelli che si compiono nell'essere vivente non esiste alcun rapporto; questa è una verità oggi dimostrata da osservazioni numerosissime; il disconoscerla è lo stesso che esporsi ad errare indefinitamente nella spiegazione degli atti della vita cellulare.

2. Levin. **I microbi nelle regioni artiche.**— L'esperienze cominciate a Becren Esland, vennero continuate allo Spitzberg e sulla terra del re Carlo. Il metodo adoperato fu quello di Petri modificato da Miquel. Su cinque prove si constatò un piccolissimo numero di colonie di muffe; si è quindi autorizzati a supporre di aver data la prova scientifica della grande purità dell'aria e della sua povertà in microrganismi nelle regioni artiche, prova scientifica ch'è in pieno accordo coll'esperienza pratica. Levin inoltre fece un gran numero di esperienze sulla quantità dei microbi contenuti nelle differenti specie d'acqua: acqua presa dalla superficie del mare, acqua dei ruscelli scorrente dai ghiacciai ed altre acque correnti. L'esperienze fatte nell'acqua presa alla superficie del mare furono 78. Tutti i campioni presi contenevano batteri ma in piccolissima quantità. Il loro numero fu in media di un batterio per 11 cm. mentre l'acqua di mare sulle coste della Svezia ne contiene d'ordinario 700 per cmc., l'acqua dei tubi della città di Stocolma ne contiene 30 per cmc. e l'acqua della Senna ne può infine contenere fino a

60000 per cmc.. Le specie di batteri trovate nei campioni d'acqua dei paesi artici non sono ancora determinate, ma sembra che se ne possono riconoscere soltanto due differenti specie che dànno colonie caratteristiche nella gelatina. L'esperienza fatta coll'acqua dei ghiacciai, dei ruscelli, con la neve, col ghiaccio e colla neve sciolta (in numero di 80) diedero press'apoco lo stesso risultato di quelle fatte con l'acqua di mare. Quasi tutte le dette acque contenevano batterii; pertanto se si considerano soltanto le specie, le quantità dei batteri per cmc. fu maggiore che nella serie precedente specialmente per la neve. In 90 campioni d'acqua fresca presa dai grandi fondi del mare non s'ebbero differenze batteriologiche dai campioni presi alla superficie dell'acqua. Però il numero dei batteri trovati nei detti campioni fu maggiore di quelli trovati nell'acqua presa dalla superficie. La maggior parte degli animali delle regioni artiche hanno il contenuto intestinale assolutamente sterile.

3. T. MADSEN. **La costituzione del veleno difterico.** — L'unità di misura per il veleno difterico è l'unità di tossina T cioè la più piccola dose di tossina sicuramente mortale in 4 o al più in 5-6 giorni per una cavia di 250 grammi. L'unità antitossica o l'unità immunizzante è la quantità di siero che, per miscuglio *in vitro*, neutralizza completamente 100 unità di tossina. Numerose esperienze hanno mostrato ad Ehrlich che le relazioni fra il veleno difterico ed il siero antidifterico sono molto più complesse di quel che si supponeva dapprincipio. Ehrlich suppone che un brodo di coltura difterica contiene, oltre alla tossina specifica, dei tossoidi, cioè delle modificazioni della tossina che hanno perduto il potere d'uccidere gli animali, ma hanno conservato quello di fissare le antitossina. Partendo dall'ipotesi che le tossine e l'antitossine si neutralizzano reciprocamente secondo le leggi degli equivalenti, Ehrlich ammette che se una unità di tossina fissa una certa quantità d'antitossina, quest'unità di tossina modificata in tossoide fisserà esattamente la stessa quantità d'antitossina. Dunque, per l'antitossina, un equivalente di tossina sarà sempre uguale ad un equivalente di tossoide. I tossoidi non hanno tutti la stessa avidità per l'antitossina. Si possono, *a priori*, suddividere i tossoidi in tre gruppi: 1) I prototossoidi che hanno un'avidità più grande per l'antitossina della tossina. 2) I sintossoidi che possiedono per l'antitossina un'avidità uguale a quella della tossina; 3) Gli epitossoidi o tossoni con un'avidità più piccola di quella della tossina. Madsen adduce degli esempi per dimostrare in qual modo la saturazione parziale della tossina coll'antitossina permette di esaminare le differenti zone del veleno. Questo metodo dà sopratutto il mezzo d'isolare i tossoni e di studiarne gli effetti separatamente, senza l'influenza degli altri elementi liberi del veleno. Madsen si riserba a parlare in seguito dell'applicazione da lui fatta di questo metodo allo studio di alcuni veleni difterici.

4. I. DANYSZ. **Contributo allo studio della immunità. Proprietà dei miscugli delle tossine colle loro antitossine. Costituzione delle tossine.** — Queste ricerche dimostrano che l'andamento particolare dell'azione della tossina, come pure le proprietà dei miscugli di tossina e d'antitossina precisate da Ehrlich non hanno per cagione una differenziazione della tossina in sostanze differenti più o meno tossiche ma semplicemente la presenza dei fosfati nei miscugli in proporzioni più o meno forti secondo i gradi d'indebolimento più o meno avanzato delle tossine.

Dimostrano inoltre che, secondo le proporzioni dei fosfati e di altri sali contenuti nei miscugli e nei tessuti, quando si tratta dell'azione di una tossina su di un organismo vivente, una stessa sostanza attiva può produrre effetti varii. Donde differenza di sensibilità e d'azione di una tossina sugli animali di differenti specie.

5. RÈFIK-BEY. **La peste bovina in Turchia. Epidemiologia, forma clinica e sieroterapia.** — Descrive tre epidemie di peste bovina, le forme cliniche e le malattie associate e la sieroterapia. Il siero costituisce un eccellente mezzo preventivo e curativo.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

I. Congresso italiano dei medici condotti

Il Comitato Promotore del I° CONGRESSO ITALIANO DEI MEDICI CONDOTTI, già definitivamente costituito, pubblicherà a giorni il programma e le condizioni del Congresso, e i temi che saranno in esso discussi, tra i quali meritano la speciale attenzione dei sanitari comunali, quelli che concernono la nomina ed il triennio di prova, che sono le due condizioni indispensabili per l'acquisto della stabilità; e quelli riflettenti la irriducibilità dello stipendio e la immutabilità delle altre condizioni contrattuali del medico stabile.

In questo 1° Congresso si getteranno le basi di una « ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI MEDICI CONDOTTI » a tutela degli interessi di tutta la classe.

È desiderabile che alla generosa iniziativa del Comitato promotore e di quei medici condotti, già numerosi, che tanto hanno fatto e fanno per il risultato pratico di questo Congresso a beneficio di tutti i colleghi, questi rispondano con unanimità e solennità di concorso. Una delle principali ragioni della inutilità della legge del 1888 a rendere sicura e tranquilla la posizione del medico comunale, è certamente la nessuna solidarietà dei medici

condotti, e quindi la non conoscenza dei bisogni comuni e la debolezza degli sforzi individuali a conseguire quello che la legge sperò di aver loro concesso.

È questa l'occasione in cui tutti i medici condotti, animati da quello spirito di solidarietà e di fratellanza che è arra sicura di felici successi, si uniscano in questo primo loro Congresso per l'affermazione solenne dei loro diritti, dei loro desideri e dei loro bisogni. Essi, che sentono quali provvedimenti sarebbero più praticamente utili per il miglioramento della loro posizione sociale, giuridica ed economica, debbono prendere vivo ed efficace interessamento alle discussioni che in questo congresso si faranno, facendo fin d'ora proposte al Comitato promotore, il quale, tenendone il debito conto, le sottoporrà alle deliberazioni del Congresso.

Le adesioni, fatte anche con semplice carta da visita, e le proposte devono indirizzarsi al Segretario del Comitato Promotore, avv. G. Pacinotti, Via Balbi I. Genova.

FORMULARIO

Altschul. — Per le verruche

Acido arsenioso . . . . gr. 1
Unguento cinereo . . . . . . » 35

si distenda su d'una pezzuola e si applichi sulla verruca.

Si sospende quando si producono escoriazioni.

Penzoldt. — Lozione contro il prurito anale

Iposolfito di sodio . . . . . . gr. 30
Acido fenico . . . . » 5
Glicerina . . . . » 20
Acqua distillata . . . . » 450

mischia. Uso esterno.

Si applicano spesso sull'ano delle compresse imbevute di questa soluzione.

Contro la balanite

Lavande e bagni all'acqua borica tiepida; isolare il ghiande dal prepuzio con ovatta idrofila od un po' di garza sterilizzata.

Lozione con:

Clorato di potassa . . . . . . gr. 4
Acqua distillata . . . . » 140

Quando s'è asciugato spolverarvi:

Tannino puro
Amido puro } . . . ana gr. 7

NOTIZIE E VARIETÀ

Esame per riconoscere se la carne è conservata con acido borico e i suoi preparati.

Dal dipartimento federale dell'agricoltura i veterinari di confine svizzeri hanno avuto istruzioni speciali per riconoscere se le carni, importate salate o salate ed affumicate sono state preparate con l'acido borico e suoi preparati. Il processo è il seguente:

Un pezzetto di carne della grandezza per lo meno di una noce, privato di grasso viene tagliuzzato finamente e messo in una provetta larga con 20 o 30 cent. di acqua a cui si aggiungono alcune gocce di acido cloridrico puro. Si agita bene e poi si fa riscaldare sino all'ebollizione. Una parte dell'acido borico viene in questo modo ad essere sciolta. Allora s'immerge una striscia di carta di curcuma. Se la carta essiccata all'aria si colora distintamente in rosso, vuol dire che nella carne vi è preparato borico.

Con un po' d'esercizio questo metodo fa riconoscere anche minime quantità di acido borico, borace, ecc.

Sull'esame della cocaina

Per conoscere le sofisticazioni della cocaina con altre basi della coca (combinazioni cinnamiliche). G. Schaeffer dà un saggio fondato sull'osservazione che il cromato di cocaina è molto più solubile dei cromati delle altre basi alcaloidee della coca.

Il saggio si eseguisce in tal modo: Si sciolgono gr. 0,05 del cloridrato di cocaina da esaminare in 20 ccm. d'acqua vi si aggiungono 5 ccm. di una soluzione d'acido cromico al 3 0|0 ed il tutto si mescola con 5 ccm. di acido cloridrico al 10 0|0. È necessario di fare l'operazione ad una temperatura non superiore a 15°. Se la cocaina è pura non si ha alcun intorbidamento, ma se ne ha uno maggiore o minore a seconda della quantità d'impurità contenutavi. Nei casi dubbii si comparì la reazione con quella che dà la cocaina pura.

Anatomia in China

Secondo Courreur, le parti interne del corpo sono divise dai Cinesi in *Dsang*, ossia secreti e *Fu* ossia intestini. I primi comprendono: i reni, il cuore, il fegato, i polmoni, la milza; i secondi: l'esofago, la cistifellea, lo stomaco, il tenue, il crasso la vescica urinaria, In una spiegazione che accompagna una tavola anatomica chinese conservata nella Biblioteca reale di Berlino, è detto che il cuore riunisce sei articolazioni. Questa tavola rimonta forse al 16° secolo.

La peste in Cina, a Bombay ed a Nuova-Yorh

Telegrammi da Pekino annunziano che la peste mena strage a Hon-Kong.

In un solo giorno si ebbero 31 morti e 39 casi nuovi.

Da Bombay si ha notizia di 302 casi a Poonah, con 261 morti in città, e 59 casi con 56 morti negli accantonamenti militari

A Nuova York c'è pure qualche caso di peste, ma infierisce la febbre gialla fra le truppe: all' ospedale militare di Hamptown si ebbero tre morti.

GAZZETTINO

FIRENZE. *Istituto Toscano pei bambini tardivi.*— L'apertura di questo Istituto annunziata pel 1° agosto, ha dovuto subire un lieve ritardo per ragioni indipendenti dalla volontà dei membri del Comitato promotore. Ci consta però da ottima fonte che tale apertura avrà certo luogo fra qualche giorno in forma privatissima e che l' inaugurazione ufficiale dell' Istituto è stabilita pel prossimo novembre.

MILANO. *Un caso di carbonchio.* — Dal paesello di Sirtori, in provincia di Como, venne trasportato all' Ospedale Maggiore il contadino Giovanni Maggioni, di 55 anni. Al disgraziato s' era manifestata una pustola carbonchiosa, in seguito evidentemente alla puntura di una mosca.

PISA. *Medici a banchetto.* — I medici che hanno frequentato il corso d'igiene si riunirono ad un banchetto d'addio. Al posto d'onore erano i sigg. professori Guarnieri o De Vestea ed i dottori De Hieronymis e Rossi. Furono fatti molti brindisi al dott. De Hieronymis, medico provinciale di Pisa che con decreto reale è stato traslocato da Pisa.

CATANIA. *D'all'elenco dei laureati nella R. Università in questa sessione.*

Laurea in Medicina e Chirurgia. — Di Mattei Emilio, Amore Giuseppe, Casi Michelangelo, De Angelis Gaetano, La Carrubba Salvatore, Mingo Enrico, Musumeci Francesco, Pittari Nicolò, Polizzi Vincenzo, Stella Vincenzo, Casagrandi Glauco, Ragusa Salvatore, Zingale Giuseppe, Barletta Luigi, Cannizzaro Melchiorre, Fradà Attilio, Giuliano Giuseppe, Mastrobuono Vincenzo, Roncisvalle Giuseppe, Vasta Antonino, Vinci Pietro, Attanasio Luigi, Campanella Giuseppe, Leone Francesco, Lombardo Francesco, Muccio Vincenzo, Navarra Alessandro, Tropea Santi, Bonsignore Luigi.

Diploma in farmacia.—Di Bella Giuseppe, Scalpellato Francesco, Malambri Giuseppe, Strano Orazio, Ottaviano Andrea, Alessandro Pellegrino, Lombardo Giuseppe, Sapienza Alfio, Amico Gaetano, Sciuto Domenico, Ancona Rosario, Vasta Mariano, Macaronio Carlo, Lo Bianco Stefano, Scaccianoce Vincenzo, Franco Antonino, Borzi Pietro, Pandolfo Adolfo, Conti Salvatore, Barbagallo Giovanni, Bonanno Graziano, Gallo Nicola, Matera Corrado, Restivo Damiano.

Laurea in scienze naturali. — Condorelli Diego, Cutore Gaetano, Pulvirenti Michelangelo, Drago Umberto, Timarco Gaetano.

Licenza in scienze naturali.—Cali Salvatore, Cortevesio dott. Eduardo.

CHIAVARI. *Congresso ligure.*—Al Congresso medico ligure, a cui intervenne anche S. E. l'on. Guido Baccelli, si fecero molte importanti comunicazioni, fra le quali vanno in ispecial modo ricordate le seguenti: il dott. Raffo, *della cura del tetano col metodo Baccelli;* il prof. Devoto, *sulle condizioni climatiche di Chiavari;* il prof. Novaro, *sulla cura delle fratture;* il prof. Queirolo, *fenomeni addominali del tifo;* il prof. Bossi, *sulle deviazioni dell'utero;* il dott. Rolando, *sulla tracheotomia;* il dott. Scabia, *sul sangue dei malati di paralisi progressiva,* il prof. Maragliano, *sulla cura delle meningiti;* il dott. Monteverde, *dei rapporti tra sifilide e tubercolosi;* il dott. Marini, *della tisi nello stato di gravidanza;* il dott. Poli, *delle infezioni endocraniche.* In quanto poi ad argomenti d'interessi professionali i più notevoli furono questi: il dott. Rota, *sulla medicina esercitata dalle donne;* il prof. Giuria, *sull' esercizio abusivo delle professioni sanitarie;* il dott. Casini, *sui periti medico-legali.* Nella seduta di chiusura fu stabilito che la sede del Congresso venturo debba essere Porto Maurizio.

OPORTO. *Pesta bubbonica.* — Al *Journal de Genève* telegrafano che, ad Oporto (Portogallo) furono colpiti da peste bubbonica nove operai che avevano prestato l'opera loro scaricando una nave e che le autorità pregarono i giornali di non pubblicare questa notizia.

LIEGI. *Sanatorii popolari.*—Tra qualche mese si apriranno nel Belgio due sanatorii popolari per i tubercolotici. Essi sorgono come frutto di un'attivissima propaganda fatta dall'istituto batteriologico di Liegi, e specialmente dal suo direttore prof. Malvoz che con conferenze e dimostrazioni nelle varie città e nei varii paesi del Belgio ha saputo infervorare enti pubblici ed individui privati.

INDIA. *Il Kala-Azar.*—È il terzo rapporto che il governo indiano riceve su questa malattia. Il primo, fatto da Giles, metteva il kala-azar in rapporto dell'anchilostomia intestinale; il secondo, del capitano Rogers, ne faceva una forma speciale di malaria. Il maggiore Ross, che ha fatto l' ultimo rapporto, accetta l'opinione del Rogers ed illustra i vari periodi della malattia.

RUMANIA. *La lepra.*—Secondo le statistiche recentemente pubblicate, la lepra prende in Rumania delle proporzioni inquietanti. Circa 164 casi sono stati curati nei diversi ospedali, ed un gran numero di quelli che si sono avverati tra i contadini non sono stati registrati. Il governo ha deliberata la fondazione di un leprosario in Dobrudja, nell'antico monastero d'Amota.

CONCORSI E CONDOTTE

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a piena cura per la frazione di Pereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,1;

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA CHIRURGIA DELLE VIE BILIARI

I primi arditi e brillanti tentativi sperimentali nel campo della chirurgia biliare son dovuti ad un italiano, Francesco Zambeccari (1630): questi per il primo, tentò di escludere la cistifellea dal resto del sistema di escrezione biliare; con il Bonucci operò le prime colecistectomie, e con il Ciarpaglini le prime resezioni del fegato sperimentali. Di poi il Teckop nel 1667 asportò pure nei cani la cistifellea, e nel XVIII secolo sorsero altri lavori sperimentali per opera di Malpighi, Taubrin, Bon, Verheye e Seeger che riuscì ad avere un'idrope artificiale della cistifellea dopo la legatura del dotto cistico. I primi tentativi sull'uomo sono stati fatti da Stalpart van der Wiel (1687), Amyand (1738), Müller (1742), I. L. Petit, Courvoisier, Langenbuch, Thudicum, Colzi, Winiwarter, Feuger, Durante.

Il caso, in cui l'intervento chirurgico è nettamente indicato è quello dell'ostruzione delle vie biliari, che può farsi in qualunque condotto biliare, impedendo, completamente (ostruzione del coledoco o dell'epatico) od in parte (ostruzione del cistico, della cistifellea) il deflusso della bile. L'ostruzione può essere temporanea o permanente. Ma l'intervento non ha ragion d'essere quando si tratti di tumefazione catarrale della mucosa delle vie biliari, di un'infezione estesa a queste; ma quando l'ostruzione proviene da un calcolo biliare l'indicazione operativa è netta.

I calcoli biliari, operabili, debbono ostruire permanentemente il deflusso della bile o dare tali disturbi ricorrenti che indichino essere la presenza del calcolo la causa dei sintomi. Si sa che mentre la litiasi biliare è comunissima spesso essa passa sconosciuta o dà disturbi lievi e passeggeri (Cruveilhier, Charcot, Hale White).

Secondo la maggior parte degli autori i calcoli si formano nella cistifellea, donde poi passerebbero nelle altre vie di sbocco; secondo altri nella cistifellea capitano solo dei nuclei che vengon dall'alto, e quivi il calcolo si accresce per successive stratificazioni. Secondo quest'ultima concezione i calcoletti scendendo possono seguire o la via della cistifellea o quella dell'intestino. Quello che è però indubitato è che il massimo numero dei calcoli sia negli interventi chirurgici, sia nelle autopsie, si trova nella cistifellea. Però è anco indubitata l'origine intraepatica di certi calcoletti, dall'aver costatato qualche calcolo arborescente riproducente lo stampo dei canalicoli intraepatici. Il nucleo dei calcoli è costituito da muco concreto (Ch. Robin, Frerichs), o da cellule epiteliali raggrinzate (Frerichs), o da corpi estranei (*ascaris lumbricoides:* Lobstein; Ago, Nauche; concrezione sanguigna: Bouisson; distoma epatico: Bouisson): in alcuni casi il Thudicum ha costatato che il nucleo è formato da un certo numero di filamenti ramosi, che evidentemente erano lo stampo interno dei canali biliari intraepatici. Gilbert e Journier hanno trovato nei calcoli di media età dei microrganismi, specie il colibacillo; essi concludono che la colelitiasi è d'origine infettiva. Alle stesse conclusioni sono giunti Hanot e Létienne e recentemente Migot.

Un calcolo o più calcoli che si soffermino nel cavo della cistifellea possono non dare alcun sentore di sè, ed è solo quando si uniscono complicazioni specialmente flogistiche a carico delle pareti della vescichetta o pericistiche, o quando, nel momento della digestione vengono spinti nei canali, che si possono avere sintomi che rivelino l'esistenza di una colelitiasi. I calcoli del cistico (porzione superiore) non dànno luogo ad itterizia; solamente nella porzione inferiore possono produrlo per compressione sull'epatico. Lo spasmo del canale sul calcolo in esso incuneato può dar luogo ai dolori intensi ed ai fenomeni nervosi riflessi, che caratterizzano la colica biliare.

La vera occlusione biliare si ha nei calcoli dell'epatico e del coledoco. La sede dei calcoli è per lo più la porzione duodenale del coledoco (67 0[0 in questa; 15 0[0 nella porzione epatica; 18 0[0 nella media: Courvoisier).

Considerando il diametro normale dei dotti epatici, parrebbe che calcoli piccoli possano dare sintomi di occlusione e che calcoli grossi non possano migrare lungo le vie di escrezione nel lume intestinale. Ciò non trova però riscontro nei fatti, e la spiegazione sta nella possibilità nei canali biliari di dilatarsi, nella contrattilità delle vie biliari, questa contrattilità è stata dimostrata da Leuret e Lassaigne, Colin, Laborde, Dittrich, Gerlach, Hertz. Per i canali biliari (epatico, cistico, coledoco) la possibilità di una contrazione attiva è stata messa in dubbio (Henle, Frey, Eberth): Sappey,

Kölliker, Legros, Grancher e Renaut, Pitres, Charcot invece l'ammettono. La dilatazione dei dotti biliari è quindi possibile, e per la *vis a tergo* della bile e per le contrazioni muscolari delle pareti dell' apparecchio di escrezione al di sopra dell'ostacolo. La dilatazione dei dotti è spesso rilevante (cm. 2-3) e può permanere anco dopo l' emissione del calcolo Charcot, Haberhson, ecc.)

E' da concludere che non vi ha un rapporto fra la grandezza dei calcoli e l' intensità dei fenomeni clinici, e da questi, quindi, non si può trarre un giudizio anco probabile sulla impossibilità o meno dell'emissione, sulla permanenza o transitorietà dei fatti di ostruzione biliare (Sènac, Alessandri).

La calcolosi biliare può manifestarsi clinicamente con fatti acuti, che costituiscono la colica biliare, o con fenomeni cronici dovuti alla stasi biliare. Quando l'ostruzione da calcolo è permanente, ciò che avviene ordinariamente, ed essa è accompagnata da elevazione di temperatura, con brividi a tipo remittente, o intermittente, si deve pensare ad un'infezione concomitante delle vie biliari extra- od intraepatiche. Il calcolo può, difatti, generare un catarro delle vie biliari sovrastanti, una semplice colangite limitata alla mucosa, da bacterium coli o da streptococco con virulenza attenuata: ciò avviene il più frequentemente. Altre volte il calcolo può ulcerare e perforare la parete del dotto, per lo più con esito funesto; in tali condizioni può avvenire un'infezione piemica del fegato (Hale White). Infine la colangite da catarrale può divenire purulenta e si estende nelle vie intraepatiche (angiocolite e peri-angiocolite suppurativa diffusa). La presenza del calcolo, inducendo delle ulcerazioni, può produrre una stenosi fibrosa dei dotti consecutiva, in modo da far permanere l'ostruzione anco quando il calcolo è stato eliminato. Ma queste stenosi fibrose, specie del coledoco, possono provenire da un catarro gastro-enterico propagato alle vie biliari (Hoffmann).

Un'altra causa di ostruzione permanente del coledoco può esser data da neoplasmi sia primitivi che secondarî delle vie biliari, o della testa del pancreas. Il cancro primitivo delle vie biliari è abbastanza raro (casi di Durand-Fardel, Bertrand, Villard), o comincia dalla sottomucosa della cistifellea. Il cancro molto spesso si associa alla calcolosi epatica (Bertrand, Hilton Fagge). Invece il cancro primitivo del pancreas è più frequente (Willgh, Ancelet).

L'ostruzione delle vie biliari in uno dei modi anzidetti produce alterazioni anatomiche a carico delle vie biliari sovrastanti al punto occluso, sia nell'interno del parenchina epatico, e funzionali sia per il mancato deflusso della bile, sia per il riassorbimento dei materiali, sia, in un periodo ulteriore, per l'insufficienza epatica.

Charcot e Gombault hanno studiato gli effetti della presenza del calcolo in una via biliare: si distende prima il coledoco, la cistifellea che può ingrossarsi in modo da arrivare fino all'ombelico; la dilatazione si propaga ai condotti endoepatici: si ha l'itterizia o congestione biliare del fegato. L'organo s'ingrossa, i suoi margini restando taglienti, la superficie liscia, il colore giallo, verde-scuro od olivastro. In prosieguo si ha iperplasia connettivale lungo i dotti biliari, prima negli spazî interlobulari, poi estendentesi in modo da circoscrivere spesso il lobulo in tutta la sua estensione (Wickham Legg, Charcot e Gombault). Questa cirrosi diminuisce gradatamente il parenchima epatico funzionante (Charcot). Per la stasi biliare si ha infiltrazione pigmentaria delle cellule epatiche o atrofia o infiltrazione grassa, infarti di pigmento nei canalicoli biliari. Poi il fegato torna al volume normale e si impicciolisce. La lesione sarebbe quindi una cirrosi speciale, che nell'uomo si osserva come cirrosi ipertrofica con ittero. Lo Chambard ha confermato i risultati di Charcot e Gombault; egli ha rinvenuto 4 tipi di alterazioni delle cellule epatiche (cellule con rigonfiamento torbido, cellule mucose, cellule vitree, cellule atrofiche colorate in verde). Ricerche sul proposito hanno fatto ancora Belonsow, Lahousse, Popoff, Gerhardt, Dietrich. I risultati recenti dell'Alessandri si conformano a quelli dello Chambard e di Charcot e Gombault.

Nei casi di ostruzione calcolosa si è dimostrata un'atrofia della cistifellea, mentre quando l'ostruzione è dovuta ad altra causa (stenosi cicatriziale, tumori) la cistifellea è d'ordinario distesa o sovraripiena (Courvoisier, Ferrier, Riedel, Kehr, Ecklin, Lepetit). In linea sperimentale il Gangitano ha notato diminuzione di volume della cistifellea. Ma questa atrofia, sembra razionale ammetterlo, si ha quando l'infezione ha prodotto lesioni flogistiche nella cistifellea (Courvoisier, Colzi e Remedi); mentre quando permane lo stato catarrale o purulento, l'idrope con dilatazione della cistifellea ne è la conseguenza.

Per quel che riguarda i sintomi clinici, bisogna tener sovratutto conto dei principali: ittero, dolore, febbre. L'ittero è talvolta intermittente; ma per essere patognomonico dell'occlusione biliare dev'esser continuo o remittente. Il dolore non manca mai, può essere a forma di colica: il Fenger nell' ostruzione del coledoco insiste che la localizzazione del dolore non è sulla regione della cistifellea come si ammette. Il dolore può irradiarsi all'epigastrio, alle regioni inferiori dell' addome, agli ipocondrî, al dorso. L' elevamento della temperatura è il 3° sintoma che domina il quadro nell'ostruzione dei dotti biliari, più specialmente dell'epatico e del coledoco. Lo Charcot insiste su questo tipo speciale di febbre intermittente, che chiama febbre epatica, che si differenzia dalla elevazione febbrile rapida,

e per solito declinante alla norma, che accompagna l'accesso di colica biliare.

Altri sintomi che accompagnano l'ostruzione biliare sono dovuti ad azione riflessa su altri organi e sistemi (stomaco, intestino, cuore).

Importante per la prognosi è l'esame dello stato generale e del sistema nervoso centrale, specie quando l'ostruzione dura da tempo. La morte si può avere dopo alcuni mesi, talora dopo 1 anno o 2-2 $^1/_2$ (Frerich, Stokes, Graves). Presto si ha dimagramento, marasma. Degno di nota è il quadro dato dall'insufficienza epatica, su cui crediamo inutile d'insistere.

Per la diagnosi di ostruzione bisognerà ricorrere all'anamnesi, all'ittero, alla qualità ed alla sede del dolore; alla febbre caratteristica. La diagnosi della causa è spesso difficile: in tali casi giova ponderar bene tutti i dati anamnestici (crisi di colica epatica, emissione di calcoletti nelle feci, ittero passeggero, spesso con l'insorgere dei fatti di occlusione, e poi restato permanente con maggiore o minore remittenza dei sintomi: calcolosi). Le occlusioni da stenosi cicatriziale o da neoplasmi sono graduali e progredienti. Bisogna però ricordare che al cancro precede spesso la colelitiasi. La durata dell'ittero è per alcuni criterii per la diagnosi differenziale tra calcolosi e neoplasma. Ma, in vero, non si può fare molto a fidanza su questo dato. Invece hanno più valore la febbre ed il dolore. La considerazione dello stato generale può illuminar la diagnosi. Difficile od impossibile è la diagnosi di sede dell'occlusione. La presenza di una dilatazione notevole della coleciste sta contro la probabile sede sull'epatico, ed invece per l'ostruzione del coledoco, mentre l'assenza di dilatazione non è sufficiente a fare escludere questa. La radiografia ha fatto vedere a Gilbert, Fournier e Oudin, per i calcoli di colestearina, appena delle macchie opache.

Ad ogni modo stabilita la diagnosi di occlusione permanente del coledoco o dell'epatico, per qualsiasi causa, l'indicazione dell'operazione è netta, almeno che lo stato generale, la natura del neoplasma progredito non vi si opponga.

Ma quand'è che la causa ostinante sarà tale da richiedere la rimozione dell'ostacolo per aver la guarigione stabile? Evidentemente nei neoplasmi primitivi della testa del *pancreas* e delle vie biliari l'asportazione sarebbe necessaria. Ma il maggior numero delle volte la rimozione è impossibile. In questi casi bisogna stabilire una comunicazione artificiale con l'intestino per far cessare la ritenzione biliare.

Ma quando trattasi di calcolo, la rimozione della causa ostruente sarà sempre necessaria?

Se si lascia il calcolo in sito son quasi inevitabili le infezioni biliari, le necrosi ed ulcerazioni del dotto, le colangiti diffuse, le peritoniti parziali, le perforazioni, gli ascessi ecc., a parte le crisi ricorrenti di colica epatica. Ma non basta provvedere al deflusso biliare per arrestare i fenomeni morbosi; le aderenze che si provocano artificialmente possono creare dei disturbi non meno gravi dei primi, senza contare che la colecistenterostomia, per essere praticabile richiede come condizione necessaria che il cistico sia pervio. L'orifizio della colecistenterostomia può divenire stenosico ed occludersi (Mac Graw, Abbe), e, per la comunicazione ampia tra lume intestinale e cistifellea, il contenuto intestinale può cadere in questa generando un'infezione, che guadagna man mano le vie biliari superiori diffondendosi al parenchima epatico. Il Monari ha potuto vedere sperimentalmente che l'innesto fatto con la porzione superiore e media dell'ileo non produceva alcun disturbo, mentre fatto con l'ultima porzione si aveva un'epatite suppurativa. Nella clinica il Ricard ebbe 53 giorni dopo la colecistenterostomia la morte; ed il Kehr dice che l'anastomosi tra la vescichetta e l'intestino deve limitarsi il più possibile.

È da concludere quindi che la colecistenterostomia non può essere l'operazione di scelta nelle occlusioni calcolose del coledoco, poichè il lasciare il calcolo in sito non è senza danno per l'infermo, e l'operazione, per s'è stessa, presenta degli inconvenienti che presto o tardi possono divenir gravissimi (Alessandri).

La rimozione del calcolo dal coledoco dev'esser quindi il primo obbiettivo. I mezzi da adoperare sono parecchi. La colecistotomia è un'operazione di ripiego in casi gravi o da servire come preliminare ad altri ulteriori tentativi, (iniezioni di olio di ulive, di soluzioni di sapone). La colecistotomia è stata proposta e messa in opera per esplorare i dotti o per estrarre da questa breccia i calcoli. Ma questo cateterismo delle vie biliari è difficile e spesso impossibile (Terrier e Dally, Courvoisier, Fontan, Fenger, Kehr, Mayo Robson, ecc.). Al cateterismo con istrumenti metàllici od elastici Van Hook ha proposto recentemente di sostituire l'insufflamento praticato con una pompa qualunque; con questo metodo si conosce bene la direzione e posizione dei dotti biliari, specie del coledoco in modo da non poterlo confondere con i vasi, e la sede dell'ostruzione: faciliterebbe l'incisione del dotto sul corpo ostruente (calcolo), e se si sutura proverebbe la tenuta perfetta dei punti apposti. Ma anco questa manovra ha, come il cateterismo, un valore molto relativo.

Molto difficile riesce l'estrazione di un calcolo incuneato profondamente nel coledoco per la vescichetta; pure Abbe, Michaux insistono sui vantaggi dell'incisione della cistifellea. È stato anco proposto di spingere pian piano con la pressione il calcolo verso l'intestino o verso la cistifellea incisa; questo processo del Maunoury è conosciuto sotto il nome di massaggio delle vie biliari, con cui Tuffier, Routier, Lejars hanno ottenuto buoni risultati. Però questo metodo non ha incontrato gli universali favori. Certamente esso si presta bene per i calcoli molli, friabili; per

lo schiacciamento dei duri Mayo Robson, Rottherford, Morrison adoperano un *klemmer* con le branche ricoverte di gomma. Ma il metodo offre due svantaggi: quello della possibile lesione delle pareti del coledoco, ed il pericolo di lasciare frammenti che rendono inutile l'atto operativo. Il Robson, per ovviare a questo secondo inconveniente, consiglia la colecistotomia temporanea, e spazza le vie biliari nei giorni successivi con ripetuti lavaggi o con iniezione di sostanze solventi e lubrificanti (olio di olive, sapone, terebentina). Il calcolo può venire anco rotto tra il pollice ed un cucchiaio da litotomia (Morrison), o con un ago che attraversa la parete del dotto (Teale, Knowslei Thomson).

La coledocotomia interna è stata pure eseguita (Abbe).

L'operazione scientificamente più razionale è la *coledocotomia* ideata dal Langenbuch (Courvoisier, Parkes, Terrier, Dandolo, Martig, Mermann, Weelock Elliot, Jourdan, Kehr, Quènu e Claisse, Kümmel, Heussner, Thornton, Marcy, ecc.). L'incisione del coledoco non è però operazione agevole. La prima porzione del coledoco, per i suoi rapporti con il tronco della porta è di difficile accesso. La porzione media è più accessibile, essa arriva sino al margine destro della porzione verticale del duodeno; la porta le sta di dietro. Un punto di repere interessante è quello costituito da un triangolo che ha per lati: il margine destro del duodeno, l'arteria epatica, il coledoco. Su questo tratto del dotto l'azione chirurgica si può esplicare agevolmente. La terza porzione, o retroduodenale, ha rapporti con la testa del pancreas, in cui talvolta si scava una doccia, e con la cava inferiore. In tutte queste tre porzioni può cadere l'incisione; l'Haasler consiglia di spingere i calcoli della 3ª porzione del coledoco nella 2ª, Mac Burney invece estrae il calcolo per la via intestinale (coledoco-litectomia per la via duodenale del Baudouin), ed il Terrier e Pozzi, il primo volontariamente, il secondo involontariamente, seguendo questa via, hanno ottenuto delle guarigioni. Risultati ancora favorevoli con il metodo di Mac Burney hanno ottenuto Kocher, Haasler, Carle, Langenbuch. È razionale, estratto il calcolo, suturare il coledoco, quando un'esatta sutura sia possibile, o non vi sia evidente infezione delle vie biliari.

La coledoco-duodenostomia del Kocher, compiuta dal lume duodenale, perciò chiamata interna, è stata pure praticata dal lato esterno allo scopo di creare una comunicazione tra il coledoco al di sopra del punto ristretto e l'intestino, nell'istesso modo con cui si fa la colecistenterostomia. Quest'idea ora venuta anche due anni prima al Riedel, che la mise in pratica ma con esito infausto. La seconda osservazione, prima ed unica eseguita con successo, è dello Sprengel.

La coledocostomia sarebbe un atto di ripiego, che importerebbe assolutamente un intervento ulteriore.

L'Alessandri nei casi in cui la rimozione del calcolo con la coledocotomia non è possibile ha proposto la coledoco-duodenostomia. Ha provato sperimentalmente sugli animali la possibilità e la tecnica dell'innesto del coledoco. Quest'idea era venuta a Riedel, Czerny; ma era quasi stata dichiarata inattuabile. L'Alessandri si è servito nella tecnica del bottoncino del Boari, utilizzato da questo autore per l'innesto dell' uretere nella vescica. Questo metodo dell'Alessandri fu applicato dal Durante in una malata, che poi morì per marasma.

I casi d'intervento chirurgico sul dotto epatico per calcolosi, sono molto scarsi; il Kocher ha proposto di schiacciare il calcolo (epato-litotrisia) abbandonando i frammenti all'eliminazione spontanea; altri hanno inciso il dotto epatico (epaticotomia); altri (Bezancon) hanno fatto un epatico-enterostomia. Il Baudoin, infine, ha praticato sull'epatico un'operazione che egli chiama epaticostomia intraepatica o colangiostomia, che consiste nell'incidere l'epatico od una delle branche e nel fissarne i margini alla ferita cutanea (casi del Thornton e del Mayo Robson).

L'operazione di scelta è però l'epaticotomia; ma raramente potrà compiersi, onde l' unico mezzo è l'incisione del coledoco e della cistifellea con consecutivo drenaggio dell' epatico alla maniera del Kehr, frangendo quando è possibile il calcolo.

Ad ovviare alle emorragie così facili negli itterici, il miglior mezzo preventivo, è, accertata la diagnosi di occlusione permanente delle vie biliari, di non indugiare troppo l'intervento.

Per l'incisione delle pareti addominali quasi tutti gli autori son d'accordo che, per aggredire la cistifellea, la migliore incisione è quella verticale sul margine del retto di destra; mentre per arrivare sul coledoco è meglio ricorrere all'incisione verticale mediana (Quènu, Ricard). Alcuni adoperano taglio ad L o a T. Il Tuffier arriva alle vie biliari per i lombi, facendo un'incisione alla Simon.

BIBLIOGRAFIA

Lahousse. *Arch. de biol.* 1887; *Rev. des sc. méd.* 1888. — Popoff. *Arch. f. path. Anat. u. Phys.* t. LXXXI. — Gilbert, Fournier e Oudin. *La Sem. méd.* 1897. — Graw. *Ann. of. Surg.* 1895. — Monari. *Arch. ed Atti della Soc. ital. di chir.* 1893. — Kehr. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd, 58, H. 1, 1899. — Terrier e Dally. *Rev. de chir.*, 1891-92. — Richardson. *Ann. f. Surg.*, 1893. — Michaux. *Soc. de chir.*, 1897. — Rose. *Deut. Zeit. f. Chir.* Bd. 49. — Mayo Robson. *Lancet*, 1897; *Brit. med. Journ.* 1898. — Jourdan. *Th. de Paris*, 1895. — Vautrin. *Rev. de chir.*, 1896. — Terrier. *Acc. de méd. de Paris*, 1894. — Kocher. *Corresp. f. Schweiz. Aerzte*, 1895. — Carle. Congr. della Soc. it. di chir. 1898. — Langenbuch. *Deut. med. Woch.* 1898. — Volkmann. *Neue Folge*, n. 226. — Mc. Burney. *New-York.*

med. Journ., 1891. — Pozzi. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1894. — Haasler. Verh. d. d. Gesell. f. Chir. 1898. — Griffon. Presse médic. 1896. — Bishop. Med. chronicle, 1897. — Riedel. Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus, Berlin 1892. — Sprengel. Ueber einen Fall von Extirpation der Gallenblase mit Anlegung einer Comunication zwischen Ductus Choledocus und Duodenum., 1891. — Baudouin. Progrès medical, 1897. — Rostowzew. Ann. d. russ. chir. in Central. f. chir., 1899. — Czerny. Wien. mediz. Blätt., 1892. — Krinski. Centralblatt f. Chir, 1896. — Régnier. Soc. de chir., 1897. — Bezançon. Soc. anat. de Paris, 1893.— Alex. Th. de Lyon, 1896. — Alessandri. Il Policlinico, n. 4-6-8-10-12-14, 15 febbraio, marzo, aprile, maggio, giugno, luglio, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica chirur. della R. Univ. di Bologna diretto dal Prof. A. POGGI

IL LAVAGGIO DELLA VESCICA URINARIA IN RAPPORTO ALL'ASSORBIMENTO

Nota preventiva

Dottor Guido ***Barbiani,*** assistente

L'assorbimento dei veleni chimici ha una importanza grandissima nella patologia urinaria. Sostanze chimiche tossiche (quali sarebbero gli usuali antisettici) introdotte in vescica per mezzo di lunghi e ripetuti lavaggi, possono venire assorbite dalla mucosa vescicale ed immesse in circolo?

Ecco la questione che ha formato oggetto del presente studio.

Che la vescica urinaria allo stato di perfetta integrità, sia o no capace di assorbire, è tuttora molto discusso. Mentre una serie di sperimentatori (Ségalas padre e figlio, Bernard, Longet, Dermaquaj, Hichs, Gubler, Paul Bert, Brown-Sequard, Fleischer e Brintmann, Mosso e Pellacani, Ashdown, Tricomi, Bazj, Sabatier....) sostiene che la vescica a epitelio integro sia capace di assorbire; un'altra serie non minore di ricercatori (Civiale, Thompson, Kuss, Susini, Alling, Cazeneuve, Livon, Gujon, Bojer e Guinard, Ianni.....) nega recisamente alla vescica sana qualsiasi potere assorbente, attribuendo i risultati positivi ottenuti, o all'assorbimento per l'uretra e per gli ureteri, o alle alterazioni dell'epitelio vescicale prodotte dalla permanenza in vescica della sostanza introdottavi, o alla natura chimica della sostanza stessa. Queste furono appunto le ragioni che indussero i ricercatori a variare le loro esperienze sia isolando completamente la vescica e dalla uretra e dagli ureteri, sia separandola o dai soli ureteri o dalla sola uretra. L'indirizzo nelle mie ricerche, fu invece diverso. Volendo studiare l'assorbimento pel serbatoio urinario nei lavaggi della vescica, quali si eseguono nell'uomo a scopo curativo, reputai necessario di mantenere la vescica nei suoi rapporti normali e cogli ureteri e coll'uretra, perchè anche ammessa la possibilità che il liquido iniettato in vescica ascenda negli ureteri ed in parte refluisca nell'uretra, cotesta possibilità si ha pure nelle lavande cliniche. La tecnica operatoria da me eseguita fu la seguente: Gli animali sui quali sperimentai furono cani e conigli, tutti maschi, perchè il cateterismo vescicale mi riuscisse più facile. Su ciascun animale con una siringa elastica, sottilissima, olivare e senza stiletto, praticai a giorni alterni tre lavaggi vescicali dalla durata costante di 1 ora, impiegando costantemente mezzo litro della soluzione titolata di prova per i conigli ed un litro della stessa soluzione per i cani. Il liquido fu introdotto in vescica mercè uno schizzetto di una determinata capacità (10 cmc. per i conigli e 20 cmc. per i cani). Ad ogni introduzione, del liquido, ne facevo seguire la immediata espulsione, sì da avere un lavaggio continuo della cavità vescicale. La durata di ogni lavaggio fu di 1 ora, per avere un termine di tempo fisso, ed abbastanza lungo da permettere un prolungato contatto della mucosa vescicale col liquido di prova. Cercai poi di introdurre ogni volta in vescica, una piccola quantità di liquido, per non produrre una distensione dell'organo tale, da provocare lo sfiancamento delle valvole ureteriche e la conseguente ascesa del liquido negli ureteri, e cercai inoltre che il liquido di prova penetrasse lentamente in vescica, perchè qui potesse refluire tutto per il catetere, senza bagnare la porzione prostatica dell'uretra. Non ostante coteste precauzioni, non posso però assolutamente escludere, che, e una piccola parte del liquido sia potuto ascendere negli ureteri e che qualche goccia abbia potuto bagnare la uretra, benchè nelle mie esperienze io non abbia mai veduto refluire del liquido dal meato urinario fra il catetere e la parete uretrale. Nei miei lavaggi sperimentai le seguenti sostanze: acido borico, acido fenico, sublimato corrosivo, acido salicilico, antipirina, chinina, cocaina, atropina, stricnina ed il joduro di

potassio di cui potei fare un esatto dosaggio: così cercai di valermi di quegli agenti chimici (usati nella terapia delle affezioni vescicali), che assorbiti, vengono rieliminati colle urine. Ogni sostanza di prova, fu esperimentata contemporaneamente, a mo' di controllo, su due animali (cane e coniglio). Costantemente ad ogni lavaggio vescicale colla sostanza di prova feci seguire una lavatura della vescica con dell'acqua distillata, bollita, e continuata fino a tanto che il liquido di rifiuto non presentava più la reazione chimica caratteristica, della sostanza di prova. Fatto il lavaggio, l'animale veniva posto in gabbia, per raccogliere le urine, che venivano poi sottoposte all'esame chimico e microscopico. Dopo sei giorni, cioè dopo di aver praticato il terzo lavaggio, l'animale, per l'esame istologico della vescica e dei reni, veniva sacrificato, ad eccezione dei casi in cui venne a morte spontaneamente nel corso dell'esperienza.

Con le 10 sostanze su accennate, praticai 30 esperimenti, l'esito particolareggiato dei quali esporrò minutamente nella mia memoria.

I risultati di coteste esperienze furono i seguenti:

1°) che di tutte le sostanze da me usate, *nessuna* (ad eccezione del ioduro di potassio) fu assorbita dalla vescica nel primo lavaggio, almeno per quanto risultò dagli esami chimici delle urine.

2°) Che per il ioduro di potassio, l'assorbimento ebbe bensì a verificarsi sin dal primo lavaggio, ma fu assai lieve in rapporto a quello che ebbe a verificarsi nei lavaggi successivi.

3°) che il potere di assorbimento per la vescica, in tutti i casi, si fece più accentuato col crescere del numero dei lavaggi e nello stesso tempo si fece più rapido.

4°) che tale assorbimento in tutti i casi ebbe a compiersi senza che si mostrasse punto alterata la minuta struttura dell'epitelio vescicale (solo nei casi di sublimato corrosivo e dell'acido fenico ebbi a constatare lo sfaldamento degli strati superficiali (mai in toto) dell'epitelio della vescica, sfaldamento che si manifestò coll'esame dei sedimenti urinari solo dopo ripetuti lavaggi.

Tali risultati mi hanno condotto alle seguenti conclusioni:

A) che l'azione dei lavaggi ripetuti sulla mucosa vescicale, ha per effetto di portare in maggiore o minor grado, più o meno presto, direttamente o indirettamente tali modificazioni nell'epitelio vescicale, da renderlo più o meno inatto a impedire il passaggio in circolo, degli agenti chimici immessi in vescica: fatto questo che verrebbe a portare molta luce sui risultati contradittori degli esperimenti compiuti finora sull'assorbimento vescicale.

B) che l'epitelio vescicale, impermeabile allo stato sano, perde facilmente la sua impermeabilità, anche senza che in esso siensi prodotte lesioni apprezzabili.

C) che tale perdita dell'impermeabilità per l'epitelio della vescica, non è dovuta alla azione prodotta su di esso dal catetere impiegato per i lavaggi, perchè in 4 esperienze (2 colla stricnina e 2 coll'acido salicilico) in cui al lavaggio fu fatta precedere o immediatamente o con un giorno d'intervallo l'applicazione a permanenza per 1 ora in vescica del catetere, non fu punto modificato l'esito dell'esperimento.

D) che tale perdita dell'impermeabilità: è *probabilmente* dovuta allo stimolo meccanico indotto dal lavaggio sulla mucosa vescicale, perchè in 4 esperimenti (2 colla stricnina e 2 coll'acido salicilico) nei quali il lavaggio colle dette sostanze fu fatto seguire o immediatamente o dopo un giorno d'intervallo da una lavatura vescicale con acqua distillata e bollita, l'assorbimento per la vescica della sostanza di prova, ebbe a manifestarsi sin dal suo primo lavaggio.

E) che infine, le cognizioni ricavate dai su cennati esperimenti, non paiono prive di interesse clinico, specialmente nel caso che si volesse scegliere la vescica urinaria come via di assorbimento.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

OSPEDALE DI HANNOVER L. Bruns

Un caso di sclerodermia diffusa con netta delimitazione spinale segmentaria. — L'affezione aveva sede nelle gambe e si iniziò in punti circoscritti dapprima con chiazze intensamente rosse, in apparenza infiammatoria, e di qui poi l'affezione si diffuse a tutta la superficie delle gambe. Qui la cute era divenuta liscia, dura, splendente e tesa in modo che nel piede destro aveva avuto anchilosi delle dita; su di essa si trovavano sparsi irregolarmente cumuli di pigmento, e chiazze di depigmentazione. La secrezione del sudore era perduta. La motilità degli arti inferiori era con-

servata. Tutte queste note cliniche rendevano certissima la diagnosi di sclerodermia. Si è soliti di distinguere tre stadii in questa malattia, ma sulla loro denominazione non si è d'accordo. Herxheimer distingue uno stadio edematoso o nervoso, uno stadio elevato ed uno stadio atrofico. Lo stadio nervoso è assai dubbio, Mosler e Leisrink lo ritengono rarissimo.

Più frequente è l'inizio con un'affezione eresipelatosa circoscritta, così come nel caso menzionato. Talvolta poi nello stadio elevato si osserva un certo grado di edema. Secondo Bruns, si può distinguere uno stadio iperemico vaso-paralitico, uno stadio elevato, forse anche edematoso ed uno stadio atrofico. Del resto nel primo stadio è stata osservata anche la semplice iperemia da Heller e Lewin, e questi autori tendono ad ammettere che in tutti i casi lo stadio semplicemente iperemico o neuro-paralitico sia il primo. Bruns è di opinione che nel primo stadio ha luogo dilatazione vasale semplice, nel secondo ha luogo un' imbibizione infiammatoria del tessuto, che è causa di proliferazione del connettivo (stadio elevato edematoso), e nel terzo diminuzione dei vasi e raggrinzamento cicatriziale della pelle (stadio atrofico).

Tutti i recenti autori sono concordi nell'ammettere che la sclerodermia sia un'affezione dell'apparecchio vascolare cutaneo. Mentre però Kaposi e Dinker dicono che l'affezione vasale sia la *primitiva*, la maggior parte degli autori la fanno dipendere da un disordine dei centri vasomotori; essi dànno alla sclerodermia una base nervosa. Ma finora non esistono reperti anatomici in sostegno di questa teoria. I fatti clinici favorevoli ad essa sono stati raccolti dall'Eulenburg. In primo luogo la sclerodermia si presenta in principio con fenomeni che ricordano l'asfissia locale e l'eritromelalgia. Anche la malattia di Addison si è trovata associata alla sclerodermia. Cambiamenti dell'umore, depressione nervosa, fino alla grande melanconia non sono rari; spesso si aggiunge generale perdita delle forze. Sopratutto la diffusione della sclerodermia appoggia l'idea della sua origine nervosa. L'affezione o si localizza nel dominio di un nervo periferico od è simmetrica in modo da ricordare un'affezione spinale od emilaterale, da ricordare un'affezione cerebrale. Gli oppositori della teoria nervosa non ritengono valevoli le ragioni ora cennate, perchè le arterie seguono lo stesso decorso dei nervi periferici e l'essere la lesione emilaterale o bilaterale simmetrica non è una ragione sufficiente. Il caso di Bruns a questo riguardo è molto dimostrativo. In esso la lesione era superiormente limitata in modo netto e simmetricamente in due lati al territorio di distribuzione di una radice midollare sensitiva, ossia della prima lombare. Ciò non può essere spiegato altrimenti che ammettendo essere l'affezione del relativo territorio vasale sotto l'influenza di processi spinali irritativi o paralitici, od in una parola sotto l'influenza di centri spinali. D'altra parte il Bruns fa rilevare che non sempre è il midollo spinale che entra in causa; ci sono centri vasomotori bulbari e cerebrali, e fibre nervose vasomotrici che decorrono nei nervi periferici, in modo che non si può escludere che una lesione di queste parti possa dar luogo alla sclerodermia, ma con un altro aggruppamento. Secondo ciò che si è detto è dunque giustificata la denominazione data da Lewin ed Heller alla sclerodermia, quella cioè di « angio-trofo-nevrosi », ed i disordini trofici sono poi un altro argomento che appoggia l'idea della natura nervosa della malattia.

Movimento biologico universale

1. LONG fa uno studio anatomo-clinico **« sulle vie centrali della sensibilità generale »** Nessun fatto anatomico fisiologico o patologico gli permette attualmente di accettare una via unica di trasmissione della sensibilità generale dall'istmo dello encefalo alla base del cervello. Dimostra che non esiste un fascio sensitivo distinto nel segmento posteriore della capsula interna. Studia infine le teorie ammesse per spiegare l'emianestesia nelle lesioni centrali degli emisferi, combatte la teoria del *carrefour* sensitivo in corrispondenza della capsula interna e ammette che le lesioni dello strato ottico, specialmente della sua parte inferiore, dànno una emianestesia più persistente, In quanto alla localizzazione corticale ammette che non dev' essere distinta da quella motrice; la regione della corteccia cerebrale detta motrice è una zona sensitivo-motrice. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

2. MEYSSAN si occupa **« delle psicosi traumatiche »**. Dice che il tipo generale della psicosi traumatica è la confusione mentale con delirio cioè il tipo mentale delle intossicazioni, come per le psicosi post-operatorie tanto vicine a quelle traumatiche. L' auto-intossicazione, nelle psicosi traumatiche, sembra dovuta ad un perturbamento della nutrizione dell'organismo sotto l'influenza diretta o indiretta, mediata o immediata dallo shock. Alcune ricerche sperimentali recenti, che mettono in luce lesioni più o meno gravi dei centri nervosi in seguito ai traumatismi, sembrano militare in favore di questa opinione. (*Thèse de Bordeaux*, 1898-99).

3. JULLY tratta nella sua tesi della **« sieroterapia antitetanica ed in particolare della sieroterapia preventiva »**. L'iniezione preventiva di siero è capace di prevenire il tetano se è fatta 12-24 ore, al massimo dopo il trauma infettante. Ma l'immunità che conferisce non é durevole, è può finire in 8-10 giorni; si deve quindi, per mantenerla

fare un'iniezione ogni 8 giorni, conclude per la inazione della sieroterapia curativa; anco la sieroterapia intracerebrale (metodo di Roux e Borrel) ha dato finora risultati molto discutibili. Su 34 casi curati si ebbero solo 8 guarigioni: cioé una mortalità del 76, 5 0|0. La sieroterapia sotto-aracnoidea ha dato finora in 3 casi, 3 insuccessi. (*Thèse de Paris,* 1898-99).

4. Binot fa uno **« studio sperimentale del tetano »** fondato su di un gran numero di esperienze fatte all'Istituto Pasteur. Ha iniettato successivamente in parecchi visceri il veleno tetanico ed ha determinato un tetano distinto dal tetano ordinario con contratture e dal tetano cerebrale. Gli epitelii intestinali formano una barriera insormonbile dalla tossina tetanica; così pure si comporta la cavità vescicala. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

5. Camiade fa alcune considerazioni sulla **« meningite cerebro-spinale epidemica »** e particolarmente sulle recenti epidemie di Bayonne. La meningite epidemica si mostra quasi sempre durante l'inverno, specie se piovoso ed umido. É contagiosa ed il contagio si esercita con le secrezioni nasali e con gli effetti di uso. L'influenza pare necessaria al suo sviluppo, od, in mancanza di essa, qualunque altra malattia infettiva. Raccomanda le iniezioni di siero, e la balneazione calda. (*Thèse de Paris,* 1898-89).

6. Nobécourt fa delle ricerche sulla **« patogenesi delle infezioni gastro-intestinali dei bambini »**. Tra i microbi dell'intestino i più frequenti sono i coli-bacilli, a cui si è attribuito un grande ufficio nella patogenesi delle infezioni gastro-intestinali. Ha visto mancare assai spesso l'agglutinazione nel corso di queste infezioni. L'agglutinazione non permette di mettere in un gruppo speciale i colibacilli delle infezioni estivali; delle infezioni acute oltre ai coli-bacilli sono da incriminare altri germi (streptococchi, protei, bacillo piocianico, ecc.) S'impone quindi la nozione delle infezioni associate, specie strepto-coli-bacillari o risultanti dall'associazione del coli-bacillo e del bacillo mesenterico o forse del coli-bacillo e del proteo e del bacillo piocianico. Le associazioni multiple godono un grande ufficio nelle infezioni croniche. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

7. Dominici descrive un caso di **« canero della regione dell' ampolla del Vater »** Si trattava di un vecchio di settanta anni il quale fu ricoverato all'ospedale con ittero intenso, e fatti di cachessia. Dopo poco tempo venne a morire e all'autopsia fu trovato nei pressi della regione dell' ampolla del Vater un carcinoma, diagnosticato come tale anche dal microscpio. (*La Presse méd.* n.54, 26 luglio 1899).

8. Hebbert T. Herring ha sperimentato un **« metodo di cura efficace per le emorragie vescicali causate da neoplasie papillomatose »** Egli fa iniezioni con soluzioni sempre più concentrate di nitrato d'argento e ritiene che queste sieno capaci di distruggere la neoplasia o per lo meno di ostacolarne lo sviluppo. (*Britisch medical journal* n. 2013, 29 luglio 1899).

9. I. D. Mc. Feely ha curato **« un caso di epitelioma inoperabile della laringe e del collo con le iniezioni di formalina »** Assicura di averne avuto buoni risultati e crede che iniettando nel tumore a giorni alterni 25 gocce di formalina diluita in acqua queste esercitano un'azione dissolvente sugli elementi neoplastici e rappresentino un metodo di cura non solo palliativa, ma spesso anche radicale per i tumori inoperabili. (*Britisch medical journal* n. 2013, 29 luglio 1899).

10. Kraus ha avuto occasione di osservare un caso di **« pericondrite laringea »** secondaria ad un esantema; quale la scarlatina. Tutte le cure (iniezioni di canfora, d'ipecacuana. etc.) praticate riuscirono vane ed il bimbo venne a morire. La diagnosi al tavolo anatomico fu la seguente: Residuo di esantema scarlatinoso. Pericondrite laringea perforante nel cavo laringeo. Tracheite e bronchite suppurativa. Atelettasia parziale del polmone. Pneumonite lobulare sinistra in parte con suppurazione. (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 30, 27 luglio 1899).

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA DELLA TUBERCOLOSI

La cura psichica della tubercolosi nel sanatorio

Se avessimo contro la tubercolosi un mezzo che ne distruggesse il veleno e lo eliminasse dall'organismo, la malattia rientrerebbe nella categoria di quelle puramente somatiche ed il medico solo sarebbe responsabile della guarigione, qualunque sia il modo di comportarsi del paziente.

Ma questo tempo non è ancora venuto, e nelle condizioni in cui sta presentemente la cura della tubercolosi, noi dobbiamo considerare il lato somatico ed il lato psichico della malattia. Sotto questo riguardo l'istituzione di un sanatorio per tubercolosi sarebbe regolato secondo Friedländer (*Die Therapie der Gegénvart*, agosto 1899), da certi criteri fondamentali, se si vuole ottenere che il sanatorio raggiunga il suo scopo. In primo luogo lo scopo per così dire mercantile del sanatorio non dovrebbe avere la minima influenza nell' attività del medico, nè predominare su di questa. Ogni altro istituto curativo può benissimo funzionare sotto l'impulso della speculazione, ma un sanatorio per malati di petto ne deve essere completamente libero.

Le ordinazioni e le proibizioni del medico, che sono il derivato delle sue conoscenze igieniche e dalle conoscenze speciali della malattia, non debbono trovare intoppo nella loro esecuzione per la influenza di idee o di scopi diversi da quello che non sia la guarigione degli ammalati. Giacché per essere efficace l'opera del medico, si richiede che egli abbia l' illimitata fiducia dei suoi ammalati. Se viene scossa questa fiducia nelle idee e nella energia del medico, entra il dubbio nell' animo dell'infermo, il quale finisce con l'attribuirsi qualunque cosa contraria che gli capiti, e l'esperienza appoggia questo modo di vedere.

La personalità del medico deve essere in tutte le circostanze sacrosanta, altrimenti medico ed infermo vanno soggetti a risultati incerti. Se invece la quistione della prosperità del sanatorio viene in seconda linea, allora il medico é completo padrone della sua idea e può benissimo far si che non venga per nulla scossa la fiducia che gli infermi debbono avere in lui.

Un altro principio fondamentale è che gli infermi sieno esenti di qualsiasi preoccupazione. Spesso vediamo che anche l' energia psichica degli individui sani si indebolisce sotto l' influenza di una causa emotiva duratura. Che deve dirsi dell'energia psichica di infermi la quale è per se stessa indebolita? Il medico dovrà persuadere l' infermo che le preoccupazioni non solo non gli giovano a nulla, ma agiscono prolungando la malattia. Deve poi essere tenuto conto delle occupazioni degli infermi, cercando che esse non sieno dissimili da quelle per lui ordinarie, se no aumenterebbero le sue cure.

Un'altra parte che deve essere considerata è l'iperalimentazione. Dando uno sguardo alle tabelle dietetiche dei buoni sanatori, si vede subito il lusso nella scelta degli alimenti e la ricchezza dei *menus*. Nondimeno non devesi dimenticare che a molti individui riesce più accetta la cucina domestica, ed a questo riguardo il medico deve essere paziente e sorvegliare gli infermi durante il pasto vincendone all'uopo lo stato di depressione che si rileva con la mancanza d'appetito. A tal uopo il medico ha bisogno di un personale di assistenza opportuno.

La cura psichica della tubercolosi deve infine aver riguardo al riposo corporeo e psichico, e sopratutto deve energicamente opporsi agli eccitamenti sessuali. La lettura deve essere pure sorvegliata, tenendo sempre presente che scopo della cura è quello di raccogliere le forze psichiche, non di eccitare la fantasia ed i centri nervosi.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* redatta da E. Rose e H. Helferich, Bd. 52, H. 3 e 4, luglio 1899.

1. H. Ito. **Contributi sperimentali all'etiologia ed alla terapia dell' epilessia.** Art. in continuazione.

2. Enderlen. **Ricerche istologiche sull'osteomielite prodotta sperimentalmente.**—Il midollo osseo reagisce alla lesione con degenerazione, che colpisce tutte le cellule del punto leso. La necrosi non è molto estesa, specialmente non si estende in vicinanza; non seguono affatto fenomeni d'infiltrazione infiammatoria reattiva. I primi segni della rigenerazione si osservano nelle cellule connettivali già 24 ore dopo la lesione. La proliferazione delle cellule connettivali è molto attiva e si estende lungo i vasi (partendo da questi) nei tessuti circostanti per grande estensione. Cellule eosinofile e pseudo-eosinofile debbono venire strettamente separate l' une dall' altre. Da nessuna di queste due specie di cellule nè dalle rimanenti cellule midollari prendono origine le cellule fusate. Nel connettivo giovane si producono cellule di grasso. La neoformazione delle cellule adipose si inizia alla fine della 1ª settimana e d'allora fa passi celeri. Nella stessa epoca si ha immigrazione di cellule midollari (ed acidofile) dai tessuti circostanti. L'emigrazione delle cellule midollari si prolunga, cellule giganti si originano dalle cellule midollari emigrate. Le piccole scheggie ossee dislocate vanno in distruzione e dànno luogo alla formazione delle cellule giganti di riassorbimento.

3. R. Wolf. **Su di una recidiva dopo una castrazione eseguita per ipertrofia prostatica.** — Riferisce un caso di castrazione eseguita per ipertrofia della prostata, dopo la quale si ebbe recidiva del tumore.

4. R. Göbell. **Un carcinoma della parete addominale della regione epigastrica.**—I carcinomi primarii della parete addominale della regione epigastrica non in connessione coll'ombelico sono stati descritti molto di raro. Rizzoli ne descrisse un caso nel 1873. Göbell ne descrive un caso, nel quale il decorso dopo l' operazione confermò l'ipotesi di un' ernia epigastrica con un lipoma intensamente connettivale. Ma l'esame microscopico del tumore dimostrò che si trattava di un carcinoma colloideo della linea alba nella regione epigastrica. Però i fatti clinici osservati in seguito resero abbastanza certo che si trattava di una metastasi, quantunque non si potè eseguire la necroscopia.

5. Doebbelin. **Un caso di anuria della durata di otto giorni prodotta da un calcolo**

nell'uretere. — Riferisce un caso d'anuria della durata di 8 giorni prodotto da un calcolo dell'uretere, che guarì completamente dopo l'operazione.

6. P. L. FRIEDRICH. **Storia di ammalati e processi di guarigione dopo la resezione e l'estirpazione del ganglio di Gasser. Recidive di nevralgia dopo l'estirpazione del ganglio.**—Riferisce 3 osservazioni proprie di estirpazione del ganglio di Gasser. Di questi 3 ammalati da lui operati con nevralgie del trigemino, 2 rimasero senza dolore per 18 e 19 mesi, uno ebbe recidiva di dolore in tutto il territorio del trigemino.

7. H. LENYNICK. **Sul nesso etiologico fra trauma o lo sviluppo di tumori.** — Riferisce 31 casi di persone dell'età da 11 a 80 anni, di cui dodici ammalarono di carcinoma e 19 di sarcoma. Diciotto volte si trattò di trauma unico, 13 volte di trauma ripetuto. In 30 casi si trattò di trauma locale. Dodici volte si trattò di traumi con lesioni esterne.

8. R. WOLFF. **Sulla conoscenza dei fatti metastasici dei carcinomi della prostata e sul loro significato diagnostico.**—Riferisce un caso, nel quale si avevano dolori all'anche ed al sacro che s'irradiavano alle gambe. Però sia all'esame clinico che alla sezione non si trovarono ghiandole carcinomatose nel bacino. Eppure si aveva grande probabilità che la prostata fosse affetta da carcinoma. L'ammalato era stato castrato per ipertrofia prostatica; era morto subito dopo la castrazione ed oltre alla prostata uniformemente ingrandita, la sezione svelò una carcinosi generale evidentemente metastasica delle pleure e dei polmoni, senza che si potesse scoprire un focolaio carcinomatoso primario. L'esame microscopico della prostata mostrò un carcinoma di questa, la ricerca ulteriore spiegò i dolori dell'anche e del sacro per un'osteite carcinomatosa nel senso di Rechlinghausen ed offrì contemporaneamente un contributo ad una specie di generalizzazione della carcinosi nei carcinomi nella prostata, più rara invero della generalizzazione alle ghiandole, specialmente propria dei cancri della prostata, che occorre con una relativa frequenza, cioè alla generalizzazione al sistema osseo.

FORMULARIO

Dauchez. Cura dell'odontalgia per carie dentaria

Decotto di papaveri }
Decotto di altea } . . . anagr. 250

Aggiungi:

Glicerina . . . . gr. 40
Acqua di lauro-ceraso . . . . » 10

Per collutorii.

Poi:

Tintura di jodo fresca }
Tintura di aconito } . . anagr. 4
Guaiacolo sintetico cristallizzato gr. 2

Frizionare energicamente sulla gengiva corrispondente al dente malato.

Indi:

Cloridrato di cocaina . . . . ctgr. 10
Mentolo }
Acido fenico } . . . . anagr. 1
Essenza di garofano . . . . gocce V
Alcool canforato . . . . . gr. 8

Per applicazioni locali.

NOTIZIE E VARIETÀ

Medici provinciali

Nel personale dei medici provinciali avvenne il seguente movimento:

Fra i medici che erano stati chiamati a prestare servizio presso il Ministero dell'interno:

Il dottor Alberto Massone fu destinato ad Ascoli; il dottor Benvenuto Olper fu destinato ad Aquila; il dottor Alessandro Albertazzi fu destinato a Pesaro; il dottor Giacomo Corselli fu destinato ad Avellino; il dottor Calogero Fradella fu destinato a Girgenti; il cav. dottor Salvatore Natali fu destinato a Massa.

I medici provinciali traslocati da una provincia all'altra furono questi: Il dottor Gaetano Fiore da Reggio Calabria a Benevento; il dottor Michele Modugno da Girgenti a Campobasso; il cav. dottor Goffredo Ungaro da Salerno a Reggio Calabria; il cav. dottor Clemente De Bella da Avellino a Salerno; il dottor Alessandro Prati da Bergamo a Reggio Emilia; il cav. dottor Antonio Fortunato da Messina a Pisa; il cav. dottor Taddeo De Hieronymis da Pisa a Messina; il cav. dottor Alfredo Conti, che era in attesa di destinazione, venne destinato a Bergamo.

Nelle nostre Università
Nomine - promozioni

Cagliari. Varese dottor Antonio, assistente nella clinica medica, è collocato a riposo.

Firenze. Bonardi dottor Edoardo è autorizzato a trasferire la libera docenza in patologia speciale medica da Firenze a Pavia.

Genova. Ziroli a dottor Giuseppe è nominato assistente presso il gabinetto d'igiene. È aumentato di un decimo lo stipendio, per compiuto sessennio, a Ramorino dottor Domenico assistente nella clinica oculistica.

Napoli. Ghillini dottor Cesare è autorizzato a trasferire la libera docenza in ortopedia da Napoli a Bologna.

Pavia. Forlanini prof. Carlo ordinario di patologia speciale medica dimostrativa a Torino, è trasferito col suo consenso a Pavia.

Roma. Mingazzini dottor Giovanni libero docente incaricato dell'insegnamento della neuropatologia, è nominato straordinario per l'anno scolastico 1899-900 Binaghi dottor Roberto è autorizzato a trasferire la sua libera docenza in patologia speciale chirurgica dimostrativa da Roma a Cagliari.

Torino. Silva prof. Bernardino, ordinario di patologia speciale medica dimostrativa a Pavia, è trasferito col suo consenso a Torino.

Nelle Università straniere

Basel. Dr. Hübscher è stato abilitato per la Chirurgia ortopedica. *Berlino.* Alba si è abilitato per la medicina interna, Bennecke per la chirurgia, Gottscholk per la ginecologia ed alla ostetricia.

Berna. Dottor Oeferle è stato abilitato alla farmacologia. Genf Mayor è stato nominato professore ordinario del policlinico medico, Ientzen professore di ostetricia e ginecologia, Reverdin di chirurgia.

Heidelberg. D.r Stark si è abilitato per la medicina interna.

Lipsia Garten ha ottenuto la libera docenza in fisiologia.

Birmingnam. Sono nominati: D.r R. F. C. Leith. di Edimburgo, professore di anatomia patologica e batteriologia, D.r I. T. Morrison, professore di medicina legale.

Tubinga. Walz è stato abilitato alla docenza della anatomia patologica.

Basel. Prof. Friedrich Müller di Marburg è stato chiamato a succedere all'Immermann nella cattedra di Clinica medica.

Kottbus. D.r Carl Thiem per i suoi numerosi lavori sulla patologia degli infortuni è nominato professore.

Tours. Delageniere è stato nominato professore di patologia chirurgica e medicina operativa.

GAZZETTINO

FRANCIA. *La riforma dei periti medici-legali.*— Nella sua adunanza del 30 giugno, la Camera dei Deputati ha adottato, in seguito a varie modifiche di particolarità, l'insieme della proposta di legge Cruppi che ha per iscopo la riforma dei periti medico-legali. Essa ha votato anche come corollario della nuova legge una mozione di Levraud, che invita il ministro dell'istruzione pubblica, a riorganizzare l'insegnamento pratico della medicina legale nelle Facoltà su basi più larghe di quelle che reggono attualmente questo insegnamento.

FRANCIA. *Contro la propagazione della tubercolosi.* — Il Ministro dei LL. PP. ha indirizzato una circolare a tutte le compagnie ferroviarie, facendo notare i pericoli che possono far correre alla salute pubblica le polveri degli sputi disseccati nelle vetture e nelle sale di aspetto delle ferrovie. È opportuno quindi di lavare giornalmente il pavimento delle vetture e delle sale di aspetto con soluzioni antisettiche; di affiggere in esse degli avvisi interdicenti lo sputare a terra. Un avviso simile sugli omnibus-tramways ha dato buoni risultati.

FRANCIA. *Contro le malattie infettive e contagiose.*—Siccome è necessario, per combattere le malattie infettive e contagiose, di conoscerne la biologia ed il comportamento di fronte agli animali, e, siccome per far ciò, è necessario del denaro, così l'Audiffred, deputato della Loire, ha indirizzato una lettera a tutti i giornali; in cui promuove una sottoscrizione che andrà a favore dei gabinetti scientifici.

PARIGI. *Società ginecologica.* — La Società ginecologica di Parigi si è ricostituita sotto la presidenza del Peyrot; l'Olivier ha accettato le funzioni provvisorie di segretario generale.

PARIGI. *Un congresso internazionale per il miglioramento della sorte dei ciechi.*—È stato indetto dal Comitato per l'esposizione mondiale di Parigi del 1900 un congresso internazionale per il miglioramento della sorte dei ciechi. Tale congresso andrà dal 1° al 5 agosto.

PARIGI. *Ospedale internazionale.* — Si è inaugurato in via Vaugirard il 2 agosto, sotto la presidenza del dott. Chassaing, deputato della Senna, il grande ospedale internazionale.

PARIGI. *La riparazione degli ospedali.* — Nella seduta del Consiglio municipale del 12 luglio, Andrea Lefeire, confermemente alla decisione presa dal comitato del bilancio, di cui era il relatore, ha invitato l'amministrazione ad introdurre un progetto per la ricostruzione degli ospedali della *Pitié, Cochin e Aubervilliers.*

PARIGI. *Museo di storia naturale.* — Secondo il desiderio espresso da suo marito, il prof. Alessandro Laboulbène, la signora Laboulbène ha donato al Museo la preziosa collezione entomologica Lèon Dufour e Alessandro Laboulbène.

PARIGI. *Il tifo.*—Il prof. dott. Thoinot di Parigi ha dimostrato che i casi di tifo sono a Parigi in continuo aumento.

Dal 1° gennaio al 30 giugno vi furono 260 decessi per tifo, cioè più di quanti una volta non accadessero in tutto l'anno. Sono poi oltre mille i casi in cui il malato riuscì a guarire.

Secondo il prof. Thoinot, quest'aumento di tifo è dovuto a parecchie cause, ma la principale si crede sia la cattiva qualità d'acqua che si beve a Parigi, dove havvene bensì della buona, ma questa essendo

insufficiente ai bisogni della popolazione, ne avviene che si è costretti a ricorrere ai pozzi e, in alcune località, persino all' acqua della Senna, che è tutto quanto di più lurido si possa immaginare.

MARSIGLIA. *I farmacisti e le società di mutuo-soccorso.* — La III^a Camera del tribunale civile di Marsiglia si è pronunciata in un processo di grande importanza. Si trattava della disputa, già antica, insorta tra i farmacisti e le società di mutuo soccorso. I primi contestavano ai loro avversarii: 1° il diritto di fare amministrare le loro farmacie; 2° il diritto di vendere ad altre persone fuori che ai membri delle Società. Il processo si era iniziato tre anni addietro. Il tribunale ha dichiarato illeggittima la domanda dei farmacisti, che si sono appellati alla Corte di Aix.

EGITTO. *Le condizioni sanitarie.*—Le condizioni sanitarie vanno continuamente migliorando. Da due giorni non si è verificato in Alessandria alcun caso di peste bubbonica, che si può ritenere come scomparsa.

LIBRI NUOVI

Libri pervenuti in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

Libri editi da I. B. Baillière — Paris

P. Brouardel et A. Gilbert. **Traitè de mèdecine et de therapeutique**, tomo VI; un volume in 8° di 632 pagine con 1000 figure. Pr. L. 12.

Questo volume, che è il 6° di un' opera magistrale, completa per tutti i riguardi, è consacrato alle *malattie del cuore, dell'apparecchio circolatorio e del sangue*. Il Merklen vi ha scritto un vero trattato per quel che concerne le malattie di cuore. La semiologia funzionale e fisica del cuore è trattata con uno sviluppo non comune ai trattati ordinarii di patologia; sono poi passate successivamente in rivista le malattie del pericardio, dell'endocardio, delle arterie coronarie e del miocardio. Un ultimo capitolo è consacrato alle malattie congenite del cuore ed alle complicanze delle cardiopatie. Il Roger vi tratta le *malattie delle arterie;* il Boinet le *malattie dell' aorta:* il Widal le *malattie delle vene*; il Bezançon le *malattie del sistema linfatico*; ed, infine, il Parmentier le *malattie del sangue*. La scelta degli autori denota con quanta cura sia diretto questo trattato.

Le indicazioni ed i procedimenti terapeutici, sono con la più grande accuratezza ed estensione trattati in questo volume, pur conservando sempre la massima praticità.

A. Le Dentu et P. Delbet. **Traitè de chirurgie. clinique et operatorie.** Vol. III, Malattie del pancreas, della milza, del fegato, delle vie biliari, dell'ano e del retto, dei reni. Un vol. in 8° di pag. 972 con 123 fig. L. 12.

La chirurgia del pancreas, una delle più belle conquiste della moderna chirurgia, assieme a quella del mesentere e della milza è ampiamente svolta da Villar. Faurè tratta completamente del fegato e delle vie biliari, occupandosi in fine delle indicazioni e della tecnica operatoria. Delbet si occupa delle malattie ano-rettali e Guinard dell'ano contro natura e delle fistole stercorali. Infine Albarran espone la chirurgia dei reni e degli ureteri facendo ampia parte anche al manuale operatorio.

R. Lépine. **Le diabète et son traitement.** Un volume in 16° di pag. 92. L. 1,50.

Il Lépine riassume tutte le nuove ricerche sulla patogenesi e sopratutto sulla cura del diabete, apportandovi il contributo della sua pratica personale e della sua lunga esperienza. In differenti capitoli sono trattati: il regime, i mezzi igienici, gli agenti medicamentosi, la cura opoterapica. In fine studia la discrasia tossica come complicanza del diabete.

PICCOLA POSTA

P. M. Mezzane di sotto. Abbiamo ricevuto tutto. Grazie.

L. G. L. S. Teresa di Riva. Ci spiace non poterla accontentare. Le possiamo rimettere le L. 4, o segnarle in conto abbonamento 1900. Attendiamo decisione.

S. U. Orgiano. Le notizie di libri si dànno privatamente e solo a chi manda l'importo della risposta.

O. P. Casalborgone. Abbiamo segnato a suo conto le L. 4. Quanto al congresso di Torino lei ha dritto al volume degli atti, e deve rivolgersi al prof. Lucatello dell'Università di Padova.

CONCORSI E CONDOTTE

S. Stefano. (Napoli). Sanitario per l'ergastolo ed il distaccamento militare. Stipendio annuo L. 2200 più L. 150-200 per indennità di residenza. Scadenza 31 agosto.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

La patologia del sistema nervoso periferico nella tubercolosi polmonare

Fra i sintomi iniziali della tubercolosi ancora latente all'esame fisico, debbono annoverarsi quelli riferentisi al sistema nervoso periferico; donde la loro importanza diagnostica. Ma le notizie riguardanti questa parte della patologia della tubercolosi o mancano o sono appena accennate nelle enciclopedie e nei manuali di medicina interna, in modo che questo argomento può riguardarsi come generalmente poco conosciuto. Nella monografia di Rühle si trova la breve notizia che da parte dei nervi periferici eccezionalmente vengono prodotti disordini per ghiandole linfatiche od ispessimenti pleurici e simili, che abbiano indotto lacerazione o pressione sui tronchi nervosi. Nel lavoro di v. Koranyi sulla tubercolosi polmonare, come pure nei noti manuali di Leube e di Strümpell, manca qualsiasi notizia in proposito. Eichhorst parla di forti dolori in seguito a complicazioni pleuritiche, e di forti dolori muscolari spontanei od alla pressione, che compariscono in determinate ore del pomeriggio. D'altra parte nelle opere di neuropatologia poca osservazione è stata fatta delle nevralgie e delle acroparestesie in rapporto prossimo o lontano con la tubercolosi polmonare. Nei manuali francesi si trovano maggiori notizie; così nell'opera di Debove ed Achard si tien conto delle nevralgie dei nervi intercostali, del trigemino e dello sciatico manifestantisi nella tubercolosi, ed anche delle affezioni neuritiche con dolori articolari secondari, delle mialgie, ecc. Notizie più particolareggiate si hanno nel manuale di Charcot, Bouchard e Brissaud. Qui è richiamata l'attenzione sulla presenza di disordini di senso nella tubercolosi pulmonare, che vengono divisi nel seguente modo: nevralgie del trigemino, dei nervi intercostali, degli arti superiori, dello sciatico unilaterali o bilaterali: mialgie e sopratutto sensazioni dolorose alla nuca, al collo, al torace, alla parte inferiore dello sterno alla 3ª o 4ª vertebra dorsale, all'addome, ai polpacci ecc., iperestesia cutanea a chiazze, specialmente ai polpacci, alle cosce, al torace; anestesie cutanee (rare) al naso, al dorso della mano, alle dita; artralgie, che accompagnano d'ordinario i dolori muscolari degli arti inferiori.

Questi diversi fenomeni da parte del sistema nervoso vengono ritenuti come la manifestazione di diversi gradi di neurite (degenerazione parenchimatosa). La classificazione che ne dà lo Schmidt, della Clinica di Neusser, in una vasta rassegna è la seguente: 1° disordini in seguito all'influenza locale per lo più meccanica, raramente tossica esercitata su vie nervose vicine (plesso brachiale, nervi intercostali, nervo ricorrente ecc.); 2° disordini da cause generali, esclusivamente tossiche o discrasiche. Specie sul secondo gruppo è stata recentemente richiamata l'attenzione (Joffroy, Eisenlohr, Vierordt, Strümpell, C. Müller, Oppenheim ecc.). Nel 1883 Strümpell osservò che in diversi casi di polineurite esisteva la tubercolosi polmonare. Si trattava di semplice atrofia degenerativa senza processo infiammatorio evidente. La quistione se il processo tubercoloso pulmonare dovesse essere riguardato come la causa della polinevrite, fu lasciata indecisa. Nello stesso anno Vierordt pubblicò 3 casi in cui insieme alla tubercolosi esistevano notevoli alterazioni nei nervi periferici (nevrite periferica degenerativa). Le osservazioni di beri-beri nel Giappone, la quale malattia spesso si associa alla tubercolosi, dimostrano, secondo Vierordt, la possibilità di un rapporto tra la tubercolosi e la degenerazione dei nervi periferici. Nel 1886 apparve il lavoro di Pitres e Vaillard, i quali fecero rilevare che nel caso del processo tubercolare si hanno stati degenerativi nei nervi periferici (motori, sensitivi, e misti), senza nessuna lesione del cervello nè del midollo spinale. La sintomatologia ne è molto varia e per ora è incompletamente conosciuta. Essi distinguono 3 gruppi di nevriti: nevriti latenti, in cui l'affezione dei nervi sta in ultima linea rispetto all'affezione fondamentale; nevriti amiotrofiche (atrofia muscolare diffusa o circoscritta); nevriti dolorose od anestesiche, in cui predominano i disordini di senso. Nel 1893 Cramer conchiuse nel seguente modo il suo lavoro riassuntivo su questo tema: nel corso della tubercolosi si possono sviluppare processi neuritici con o senza manifestazioni cliniche; per lo più si tratta di degenerazione parenchimatosa dei nervi; il midollo spinale d'ordinario non è interessato; ed infine nella tubercolosi può svilupparsi una neurite a rapido decorso con lo stesso reperto anatomico quale si trova nella neurite infettiva.

Sperimentalmente poi Hammer studiò più da vicino l'argomento. Secondo lui non sempre si tratta di alterazioni primitive dei nervi:

negli animali egli trovò quasi costantemente un'affezione delle cellule delle corna anteriori del midollo spinale, indipendente dalla cachessia.

Di fronte a queste affezioni del sistema nervoso periferico dipendenti da un processo anatomico, hanno richiamato poco l'attenzione quei disordini funzionali di natura nervosa che talvolta accompagnano la tubercolosi. Questi disordini si manifestano più intensamente nella sezione superiore del torace, in corrispondenza degli apici, le cui affezioni possono avere un'influenza sulle parti vicine, mediante la pleura costale o mercè compressione sul plesso brachiale. Già nel 1838 il clinico inglese Stokes aveva richiamato l'attenzione su di un sintomo della tubercolosi polmonare rilevabile nell'arteria succlavia in forma di un rumore di soffio. Sintomi da parte del plesso brachiale non furono rilevati da Stokes, che però assegna grande valore diagnostico ai dolori localizzati all'articolazione della spalla. Anche Rühle accenna alla presenza di questi dolori nella tubercolosi polmonare, sia spontanei, sia provocati dalla tosse. Le prime sensazioni dolorose sono avvertite nella regione della clavicola o della scapola e nella regione interscapolare.

Non è sempre facile determinare se un disordine nervoso sia un effetto a distanza della tubercolosi polmonare od un sintomo di vicinanza. I sintomi di vicinanza, fino a che si tratta di una causa meccanica, sono in rapporto con le condizioni anatomiche. Essi sono riferibili al plesso brachiale ed in primo luogo al ramo anteriore dei primi nervi dorsali (fibre dell'ulnare e del simpatico): al vago ed al simpatico nella loro porzione toracica; al ricorrente; ai nervi intercostali; al nervo frenico. L'unilateralità pei sintomi è segno che la loro causa è locale, almeno a preferenza. Il fenomeno più ordinario è la dolorabilità del plesso brachiale alla pressione. E' da notarsi che nei casi molto avanzati questo sintoma è raro o non è molto spiccato, e lo stesso può dirsi delle parestesie e delle acroparestesie. Queste ultime sono dallo Schmidt ampiamente discusse, ed a questo riguardo egli fa una classificazione di quei processi o di quelle cause nocive che oggidì possono essere riguardati come momenti etiologici delle acroparestesie. Questi processi possono essere rappresentati da lesioni organiche del cervello: tumori, rammollimenti, emorragie, arterio-sclerosi; da lesioni funzionali: isterismo, neurastenia, epilessia vasomotoria, specie sensitiva. Può entrare inoltre in campo il midollo spinale (pachimeningite sifilitica o tubercolare, tumori, mielite, siringomielia, tabe) od anche il sistema nervoso periferico (polinevrite, lesioni traumatiche dei nervi ecc.). Incerte nella loro localizzazione etiologica sono la tetania, la malattia di Raynaud, l'eritromelalgia.

Riguardo alla natura della causa nociva, può trattarsi di una causa meccanico-termica che agisca in modo passeggero (acroparestesia per compressione od urto sul nervo ulnare ecc.) ovvero per qualche tempo (nevrosi vasomotoria delle lavandaie, descritta da Nothnagel). Fra le cause puramente chimiche devesi tener conto in prima linea di quelle a carattere non infettivo, come l'arsenico, l'alcool, l'ergotina ecc.; di quelle a carattere infettivo, che agiscono in *statu nascendi:* tossina dell'influenza, tubercolina, tossine di ignota provenienza batterica; e di quelle da auto-intossicazione (discrasie, morbo di Bright, diabete, acromegalia, morbo di Addison, disordini nutritivi). Queste sono le cause principali delle acroparestesie che si manifestano nel corso della tubercolosi, le quali differiscono dalle acroparestesie di origine non tubercolare, per la loro frequenza negli individui di sesso maschile, per la loro frequente coincidenza con processi polmonari catarrali acuti (bronchite da influenza), per la loro frequente unilateralità, per la frequente concomitanza del dolore alla pressione sul plesso brachiale unilaterale ed omolaterale, per lo spiccato parallelismo con sintomi certi di tubercolosi (sudori notturni, febbre serotina ecc.).

BIBLIOGRAFIA

Oltre ai manuali di Leube (1898) di Strümpell. Eichhorst (1897) e Jürgensen (1894) si confronti: W. Stokes, Abh. über die Diagn. u. Beh. der Brustarank. Bd 1838. — Eulenburg's Realencyclopädie (art. Tubercolosi polmonare). Manuale di Medicina di Debove ed Achard, 1893. — Traité de Méd. di Charcot, Bouchard, Brissaud, 1893. — Pitres et Vaillard. *Revue de Méd.*, 1886. — De Renzi. Patol., sintom. e cura della tisichezza polmonare 1894. — von v. Ziemssen, 1874, II (Rühle), Handb. d. spec. Path. u. Ther. — Hammer. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* H. 3-4, 1898. — Strümpell. *Arch. f. Psych.* Bd XIV, 1883. — Cramer. *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1893. — Schultze. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd III, 1893. — Haskovec. *Wien. klin. Rundscau*, n. 43-45, 1897. — Friedmann. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.* 1893. — Laquer. *Neurol. Centralbl.* p. 188, 1893. — v. Frankl-Hochwart. Spec. Pathol. u. Ther. von Nothnagel 1897, Bd XI. — Gallois. *Bulletin méd.* 1898, n. 96. — Sternberg, Nothnagel's. Handb. Bd VII. — Nothnagel. *Deut. Arch. f. klin. med.* Bd II, 1867. — Bernhard. *Centralbl. f. Nervenheilk.* n. 2, 1886. — Schmidt. *Wiener klinische Woch.* n. 27-29, 1899.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE ITALIANE

Clinica medica della R. Università di Palermo diretta dal prof. G. RUMMO

(Dalle lezioni dell'Ambulatorio)

1. ***Sifilide; nefrite; lieve stenosi mitralica; epatomegalia cardio-sifilitica.***—C. F. di anni 28 contrasse sifilide all'età di 18 anni, non ebbe a soffrire gravi manifestazioni secondarie mercè

opportune iniezioni di sublimato. Da quaranta giorni ha cominciato ad avvertire dolori che partendo dall' ipocondrio destro s' irradiano verso la spalla ed un complesso di sintomi che accennano a lesioni multiple.

Ora si può dire che egli non abbia un organo sano. Ha cominciato ad avere ed ha edemi vaganti, idropi in tutte le cavità, un vero anasarca e le urine contengono albumina e scarsi cilindri granulosi. Se si mettono in rapporto l'albuminuria, la presenza dei cilindri renali col peso basso dell'urina e gli edemi, si hanno tutti gli elementi per diagnosticare una nefrite diffusa prevalentemente interstiziale e probabilmente sifilitica. La sifilide del rene ha sindrome varia, come quella di tutti gli altri organi, e qui è tanto più probabile in quanto che la lesione renale è comparsa assieme a quella di altri organi, la cui natura sifilitica non sembra discutibile.

Abbiamo poi una sindrome cardiaca caratterizzata dall'aumento del volume del cuore misurando cm. 13, 5 la corda inferiore e 13 la sinistra, dal ritmo di galoppo speciale della nefrite interstiziale e da un rumore presistolico che mal si riesce a sceverare dal ritmo di galoppo.

Il polso inoltre è piccolo, per cui ha grandi probabilità l' esistenza di una stenosi mitralica. Il cuore poi certamente è in imminenza d'asistolia, è sfiancato, debole e reagisce come un cuore organicamente malato. Vè ipostasi in ambo le basi pulmonari: mormorio vescicolare debole, rantoli sonori, fremito toraco-vocale rinforzato, ipofonesi. Tutto ciò è in rapporto tanto della malattia renale che della insufficienza del miocardio.

Ma indipendente dall'una e dall' altra è la sindrome epato-splenica. Il fegato è enorme: sorpassa di molto la linea mediana e va a confondersi con l'ottusità della milza e del cuore già distopico per conto suo: misura come diametri longitudinali cm. 18,5 sulla parasternale sinistra, 21 sulla mediana, 24 sulla margino-sternale destra, 24,5 sulla parasternale, 25 sulla papillare, 24 sulle ascellari. Esso riempie addirittura l'addome; è duro, di superficie scabra, ondulata, poco dolente, a margini rotondeggianti; discende poco nell' inspirazione perchè occupa gran parte dell' addome. La tumefazione splenica invece è ben poca cosa: misura solo 10 cm. come diametro massimo verticale. Nell'urina vi sono pigmenti biliari, v'è urobilina, v'è uroeritrina: v' ha dunque alterazione della funzione della cellula epatica, stasi biliare.

Un tumore di fegato così enorme non può essere in rapporto nè con la nefrite, nè con la cardiopatia. La circolazione portale non è gran che compromessa perchè v'è scarsa idrope addominale e se si considera l' imminenza d'ascite in cui si trova quest' individuo, (nefrite, insufficienza miocardica) si comprende bene che un ostacolo piccolo della porta produrrebbe idrope-ascite imponente. Vi sono ammalati di cirrosi venosa con fegato grosso e senza ascite, ma non è questo il caso perchè con questa crasi idremica qualunque compressione produrrebbe intensa ascite. Una cirrosi biliare non è da mettersi neanche in discussione: ne mancano tutti i caratteri, e sopratutto non vi è itterizia intensa nè grave spleno-megalia. Le neoplasie si escludono senz'altro per la poca deformazione dell'organo e per il decorso della malattia che rimonta a non più di quaranta giorni. La degenerazione amiloide, che a prima vista sembrerebbe che avesse le maggiori probabilità, attese le lesioni organiche multiple non può concepirsi per il breve decorso, l'assenza completa di alterazioni della funzione intestinale e l' ingrossamento della milza che è assai minore di quella del fegato, mentre nella degenerazione amiloide prevale sempre la splenomegalia sull'epatomegalia; anzi quella suole spesso aprire la scena.

Questo fegato tanto grosso e poco deformato è l'espressione e la sintesi delle svariate forme morbose di questo disgraziato: la nefrite, l'insufficienza renale, l'insufficienza cardiaca, la sifilide vi hanno tutte la loro parte. V' è la stasi, v' è anche la periepatite sifilitica, v' è forse la incipiente infiammazione connettivale determinata dalle tossine che non passano più per il rene; ma non v'è la cirrosi classica.

In quest'individuo bisogna sollevare le forze del cuore coi cardiocinetici. In questo caso potrebbero sperimentarsi la diuretina e le tinture cardiocinetiche associate:

Tintura di digitale } ana gr. 5
Tintura di strofanto }
Tint. di *convallaria majalis* } ana gr. 10
Tint. di *adonis vernalis* }

In bottiglina a conta gocce. Si amministrino 20-40 gocce al giorno, 10 gocce per volta.

Bisogna fare una cura antisifilitica ener-

gica con le iniezioni ipodermiche di sublimato ed occorrendo con le iniezioni endovenose secondo il metodo del Baccelli e col joduro di sodio a medie dosi per la lesione renale. La dieta lattea rigorosa qui s'impone.

2. ***Male di Pott, ascessi ossifluenti, compressione del midollo spinale.*** — F. P. di anni 8, senza alcun antecedende ereditario o personale, presenta dall'età di 5 anni un incurvamento angolare della colonna vertebrale verso la fine della regione dorsale e il principio della lombare. Contemporaneamente ha avuto rachialgia e dolori agli arti inferiori, ha zoppicato qualche po': nient'altro fino a 10 giorni fa, quando, dopo 5 anni di silenzio, cominciarono i fatti gravi esplicantisi in una forma clinica acuta con sindrome polimorfa, nella quale si possono distinguere fatti addominali, fatti rachidici, e sintomi riferentisi agli arti inferiori, quali l'esagerazione dei riflessi tendinei, la lieve impotenza funzionale, le parestesie.

L'addome è tumido, slargato ai fianchi ove due tumefazioni laterali si designano tra cresta iliaca e l'arco costale. Più evidente è quella a sinistra che raggiunge in avanti la papillare prolungata: ha consistenza elastica, è rotondeggiante, dolentissima alla pressione, per nulla spostabile, di risonanza perfettamente ottusa.

La tumefazione di destra ha gli stessi caratteri, ma è meno sviluppata, ed arriva sola fino all'ascellare media prolungata. È quasi certo in ambedue le tumefazioni un senso di fluttuazione che rende sicura la diagnosi di raccolte purulente incapsulate, le quali messe in relazione con la febbre subcontinua e con la cifosi angolare non possono essere altro che ascessi migratori, ascessi per congestione, ascessi ossifluenti da carie vertebrale.

Alla tubercolosi vertebrale, può tener dietro la meningite tubercolare e la mielite trasversa che però non spiegano tutte le forme di tubercolosi vertebrale con sindrome spinale. In alcuni casi si abolisce di botto il potere motore degli arti inferiori per la compressione esercitata sul midollo spinale da un ascesso vertebrale sorto acutamente. In altri casi apre la scena la rachialgia, seguono poi la pseudonevralgia, i dolori agli arti inferiori, la paresi, la paralisi; allora la mielite segue alla meningite. Niente di tutto questo nel nostro caso, nessun sintoma di meningo-mielite: qua vi sono solo fatti di irritazione radicolare e di compressione, quali l'esagerazione dei riflessi, i dolori, le parestesie, la lieve impotenza motrice.

La cura in queste condizioni è più chirurgica che medica. Ma non sarebbe il primo caso in cui tutto regredisce sotto l'azione di una igiene climatica e dietetica appropriata, e la amministrazione di joduro, arsenico, ferro.

3. ***Morbo di Reichmann; forma permanente e classica.*** — Rosalia Valenti, di anni 22, casalinga da Burgio. Suo padre è morto per cancro. Da 3 anni ella ha visto scomparire le sue mestruazioni, mentre ha sofferto, una sempre crescente dispepsia acida, caratterizzata da eruttazioni acide, da calore, bruciore, costrizione nella regione epigastrica, ed a volte da vere crisi gastralgiche tormentose, terminantisi spesso con vomito, non di rado abbondante, di liquido acre. A questa sindrome si associa, come vedete, un grave dimagrimento, quasi una cachessia, ed una enorme gastro-ectasia, poichè la grande curvatura dello stomaco oltrepassa la linea ombelicale trasversa di 4 cent., con gastro-succorrea e ritenzione gastrica (stasi gastrica), poichè, a digiuno esiste intenso guazzamento tanto da aversi una vera fluttuazione dello stomaco fortemente ripieno di liquido. Poi null' altro ella ha, se non indicibili sofferenze nervose, particolarmente sotto forma di parestesie, di algie vaganti.

Quanto questa inferma non somiglia pei suoi disordini funzionali e pel grave dimagrimento per la quasi cachessia, ad un ammalato di carcinoma dello stomaco? Ma qui io non metto in discussione il cancro gastrico, non ostante che suo padre morì per neoplasia cancerigna e l'inferma presenta un dimagramento che spaventa.

L'inferma è certamente colpita da quella forma clinica, chiamata *malattia del Reichmann;* ed in lei la sindrome è protopatica. Sono presenti tutti i sintomi del tipo completo, fondamentali e secondarii: eruttazioni acide, pirosi, gastralgia, vomito, dimagramento, gastro-ectasia, gastro-succorrea ed ipercloridria, come lo mostra la presenza di molto acido cloridrico libero contenuto nel liquido gastrico estratto poco fa con la sonda.

Il morbo di Reichmann, come ho asserito fin dal 1892 è una gastro-nevrosi ipersecretiva per ipereccittabilità delle fibre secretive dell'apparecchio glandulare specializzato dello stomaco (glandole cloridro-peptiche). Come conseguenza della ipersecrezione continua del

succo gastrico si hanno le alterazioni della mucosa gastrica delle tuniche muscolari, e l'ipertrofia e l'iperplasia delle cellule di rivestimento delle glandole gastriche.

Noi possiamo distinguere due forme di ipersecrezione cloridrica o di morbo di Reichmann, l'intermittente e la permanente o continua. Nel nostro caso non si tratta di semplice ipersecrezione cloridrica permanente; ma vi sono note cliniche che attestano chiaramente che esistono alterazioni della mucosa gastrica, onde la produzione esagerata del muco, come conseguenza della eccitazione continua, prolungata della mucosa gastrica, indotta dal contenuto gastrico iperacido: ed alterazioni delle tuniche muscolari (gastro-ectasia e ritenzione gastrica).

Nel morbo di Reichmann si possono ben distinguere forme e stadii diversi. Nel primo stadio l' ipersecrezione cloridrica è il sintoma culminante e la motilità gastrica non è gran fatto alterata. Nel secondo stadio, pur perdurando l'ipersecrezione cloridrica, vi si associa una produzione esagerata di muco ed ai disordini della secrezione si associano quelli della motilità (gastro-paresi con gastro-ectasia e ritenzione gastrica). In un terzo stadio le glandole pepto-gastriche forniscono un liquido povero di acido cloridrico e di pepsina, il muco aumenta considerevolmente e la gastro-ectasia e gastro-paresi raggiungono grandi porzioni: l'auto-intossicazione diventa imminente. Il dimagramento è enorme (cachessia pseudo-cancerigna).

Nel 3° stadio il compito curativo è dei più difficili. I precetti fondamentali della cura del morbo di Reichmann, quando non sono avvenute gravi lesioni organiche dello stomaco, sono i seguenti:

1. Sopprimere tutte le cause di eccitazione della mucosa gastrica, proibendo l' uso degli aromi, dei condimenti stimolanti e dei liquidi stimolanti, come alcoolici, the, caffè. Prescrivere una dieta razionale, latte, uova, brodi leggieri sgrassati, carni bianche, pochi farinacei. Sono proibite le carni salate, i grassi, i dolciumi. 3. Neutralizzare l'eccesso di acido cloridrico, con lavacri dello stomaco fatti con acque alcaline, con l'amministrazione delle polveri alcaline ed assorbenti: non meno di 2 grammi di bicarbonato sodico per volta prima e dopo i posti, due a quattro volte nel giorno. 4. Diminuire la ipersecrezione cloridrica, combattendo l'ipereccitabilità delle fibre secretive delle glandole cloridro-peptiche con l'atropina e con la belladonna. Dopo la prima nota di Voinovitch, io in determinate publicazioni, ho accreditato l'uso dell'atropina nella cura patogenetica dell'ipersecrezione cloridrica. Non bisogna mai sorpassare la dose di 3 mill. nel corso del giorno per via interna. Bastano le dosi di 1-2 milligr. Bisogna però, se si vogliono risultati duraturi, prolungarne l'uso, sorvegliando i fenomeni di intolleranza.

Un buon mezzo di amministrare l'atropina è il seguente:

Solfato neutro di atropina .	gr.	0,01
Acqua distillata	»	5,00

X-XX gocce al giorno.

Se il dolore gastrico è insopportabile, alla atropina si può associare la morfina e la cocaina.

Solfato neutro di atropina .	gr.	0,01
Idroclorato di morfina. . .	»	0,20
Idroclorato di cocaina . . .	»	0,10
Acqua distillata	»	5

X-XV-XX gocce *pro die*, V gocce *pro dosi*.

Si provi però prima la tolleranza dell'atropina, specie nelle isteriche nelle quali perfino $^1/_2$ mill. di atropina può suscitare fenomeni d'intolleranza.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE NAZIONALE PER PARALITICI ED EPILETTICI IN LONDRA. prof. V. Horsley

Sulle lesioni dei nervi periferici

Le cognizioni delle condizioni patologiche dei nervi periferici non possono essere complete, se non si tengono in considerazione gli elementi che un nervo periferico contiene. La diagnosi fra le malattie funzionali ed organiche può farsi sempre, avendo presenti i detti elementi. Un nervo misto o periferico, come lo si chiama, contiene fibre motrici, fibre sensitive e fibre vasomotrici; vi hanno inoltre fibre che possono essere certamente fibre motrici, ma debbono esser messe in una categoria separata, come quelle che esercitano un'influenza trofica speciale sui tessuti ai quali quel nervo si distribuisce.

Passando in rassegna le varie specie di lesioni alle quali possono andare soggetti i nervi periferici, viene in primo luogo il taglio dei nervi. È un caso molto frequente quello di cadere mentre si porta un vaso di vetro o delle stoviglie e di tagliarsi il polso, in modo che venga ad essere diviso il tronco del nervo mediano o dell' ulnare. Poi si possono avere contusioni dei nervi periferici. Ma vi sono

altri accidenti, nei quali si ha compressione dei nervi, come per esempio nella frattura della parte inferiore dell'omero, dove il nervo muscolo-spinale può essere coinvolto nel callo. Per un nervo coinvolto nel callo non vi ha da fare altro che operare. Ma oltre alla divisione, contusione ed alla compressione dei tronchi nervosi misti, bisogna tenere in considerazione la loro distensione. Questo accidente può accadere soltanto in alcune parti del corpo e in date circostanze. Per esempio, è impossibile la distensione del nervo sciatico in un fanciullo, perchè questi può comunemente flettere perfettamente bene l'anca e portare il piede fino alla testa col ginocchio diritto. Nell'adulto però le cose stanno diversamente: questi ha perduto i movimenti antropoidi che si vedono nel bambino, e se nell'adulto si tiene il ginocchio diritto e l'anca flessa ad angolo retto, lo sciatico viene disteso; è appunto questo il metodo incruento di distensione del nervo sciatico di Billroth; se l'arto è forzato all'indentro, si può avere la distensione del nervo sciatico. Havvi una parte del corpo nella quale la distensione di un nervo può considerarsi come frequente, è il triangolo posteriore del collo.

È quasi evidente che se il capo è forzato violentemente in una direzione e le spalle sono forzate in una direzione opposta, si eserciterà una forza di distensione considerevole lungo la linea del 5° nervo cervicale, sfuggendo a qualsiasi lesione il 4° nervo dorsale alla parte inferiore del plesso, giacchè esso verrebbe ad essere allentato, mentre il 5° cervicale verrebbe disteso. Questo accidente è comunissimo nelle persone che cadono da carrozza o da altri veicoli. La diagnosi di queste condizioni è facilissima e giacchè quello che ne soffre necessariamente è il 5° nervo cervicale, poco il 6°, si ha la paralisi limitata al margine preassiale dell'arto ed al gruppo muscolare di Erb, cioè al deltoide, al bicipite ed al lungo supinatore. La diagnosi scaturisce subito dal gruppo dei muscoli affetti e dall'area dell'anestesia. Questa per regola é molto lieve. Venendo all'analisi dei sintomi, la paralisi motrice risultante dalla lesione della fibre motrici richiede un esame accurato in ogni singolo caso e la localizzazione completa della sede della lesione é possibile. Così pure per la paralisi di senso; ma vi sono uno o due punti riguardanti la paralisi di senso che debbono essere conosciuti. In primo luogo, un paziente ha lievissimi disturbi sensitivi, non ha dolori intensi.

Il dolore é d'interesse solo per il paziente; non ha alcuna importanza per il medico come guida per la localizzazione della sede o della gravità della lesione. Succede così, perchè la guaina di ogni nervo misto é riccamente provvista di nervi sensitivi e di terminazioni nervose sensitive, e questi *nervi nervorum* quando vengono distesi producono dolore. Inoltre vi sono fibre sensitive che provvedono le parti periferiche del membro irritato e leso, e che quindi dànno luogo alla sensazione subbiettiva di dolore. Il disturbo sensitivo principale perciò in questi accidenti non è l'anestesia, eccettochè non si tratti di taglio o di contusione grave, ma il dolore.

Venendo ora alla questione delle fibre vasomotrici, dopo lesioni dei nervi periferici si possono avere paralisi vasomotorie che spesso costituiscono uno dei sintomi principali nelle lacerazioni gravi. Quali sono le prove di tali paralisi? sono di doppio ordine. In primo luogo vi è iperemia la quale ha luogo a chiazze, e le chiazze corrispondono alle fibre più danneggiate, come pure vi è gonfiore.

Ciò che noi chiamiamo edema angio-nevrotico, quando si produce spontaneamente, è imitato con grande precisione in parecchi casi di lesioni dei nervi periferici ed è un sintoma importantissimo. È quasi costantemente accompagnato da dolore forte, come l'edema angio-nevrotico ordinario. La prognosi è una questione molto importante nei casi di lesione dei nervi periferici, giacchè molte di queste lesioni vengono riportate mentre si è in servizio dello Stato, e la questione se il paziente possa ritornare e se debba venir rimesso nel detto servizio è una questione che il medico deve decidere e sulla quale deve riferire.

Non havvi altro soggetto in cui sia più difficile di dare una decisione, giacchè, per le circostanze del servizio pubblico, si richiede che il medico dia giudizio che dovrà essere corretto nello spazio di un anno. Secondo Horsley, l'esperienza clinica di tali casi mostra fuori dubbio ch'è quasi certa la guarigione. Egli ritiene che non debba rigettarsi nessun individuo, purchè si possa dimostrare che la continuità del nervo è conservata. (*The Practitioner*, n. 374, agosto 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V. CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA

tenuto a Lilla dal 28 luglio al 1 agosto 1899

III

Merklen dice che la patogenesi invocata da Renaut non gli sembra potersi riferire che a determinate miocarditi. Essa infatti non spiega la sclerosi insulare o diffusa che si trova associata alla endocardite e alla pericardite in ciò che Duroziez chiamava «il grande cuore reumatico». In ciò che concerne le forme cliniche Huchard ha distinto nettamente la miocardite d'origine vascolare degli arterio-sclerotici, e la miocardite indipendentemente dall'arterio-sclerosi. Nella prima tutti gli organi sono più o meno invasi dal processo sclerogeno, la malattia é una malattia generale e non un morbo cardiaco.

Nella seconda soltanto il cuore sarebbe affetto da sclerosi. Ciò al Merklen non sembra esatto.

Infatti la miocardite è il risultato di infezioni tossiche ripetute, che non colpisce soltanto il miocardio, ma gli altri organi. Ciò che lo prova è il fatto che in queste miocarditi come nelle altre, la dispnea che tiene il primo posto nella sintomatologia, è il primo segno della insufficienza cardiaca, Ora questa dispnea è dovuta ad ostacolo renale. La clinica mostra che non vi sono cardiopatie dispnoizzanti senza impermeabilità renale. Il regime latteo dà luogo ad una intensa poliuria che è indispensabile al mantenimento della tonicità cardiaca.

Lapersonne osserva come nel periodo presclerogeno sieno patognomonici alcuni sintomi oculari come le neuriti e le neuro-retiniti. Ma ve ne sono altri funzionali. Così le obnubilazioni passeggere, le sensazioni di mosche volanti, in una parola tutti i fatti che rivelano una astenopia accomodativa, se non sono in rapporto con un grado più o meno elevato di ipermetropia e di astigmatismo, e si osservano in un individuo artritico, alcoolista, reumatico, che ha già varcata la quarantina, sono segni sicuri di arterio-sclerosi incipiente, epperò si può cominciare coll'indicare una cura razionale, che potrà recare gran vantaggi, poichè la malattia si comincia a combattere al suo inizio. Il ioduro di sodio in questo periodo iniziale può prescriversi a dosi di 0,25-0,50 cgm. al giorno per molto tempo.

Regaud è d'avviso di classificare le miocarditi come segue:

1°. Miocarditi da azione diretta dell'agente patogeno sul miocardio. Miocarditi primitive.

2°. Miocarditi consecutive a lesioni nervose. E' un capitolo appena sfiorato ma che in avvenire diverrà importantissimo.

3°. Miocarditi secondarie a lesioni vascolari. (Miocarditi distrofiche).

L'aritmia è dovuta a lesioni dei gangli cardiaci o a dei fatti riflessi sulle loro cellule nervose.

Heymann dice che la miocardite non può esser dovuta a delle tossine poichè le tossine non soggiornano nel sangue.

Renaut risponde a Merklen dicendo che il cuore reumatico è una lesione troppo complessa, perchè il suo processo patogenetico si possa seguire. La miocardite sclerogena primitiva inoltre è impossibile che esista da sola.

Huchard fa osservare al medesimo Merklen che sulla origine della dispnea tossi-alimentare entrambi hanno ragione, egli la ritiene di origine gastrica, e Merklen di origine renale. Ora queste tossine vengono dallo stomaco, ma se il rene le eliminasse, esse non manifesterebbero la loro presenza. Heymann dice che le tossine non esistono nel sangue, ciò può esser vero per le tossine microbiche, ma non lo è per le tossine di origine alimentare.

Merklen e Rabè. **La miocardite cronica delle orecchiette.** — Non è rara. Si tratta di una sclerosi diffusa sotto-epicardica, e sotto-endocardica, inter- ed intrafascicolare, che dissocia e atrofizza le cellule muscolari. Un segno importante di questa affezione è la aritmia persistente. Nella miocardite dell'orecchietta sinistra si ha stasi polmonare, in quella della destra stasi epatica.

L'aritmia è ribelle alla digitale, la sua causa è sicuramente una lesione organica non ancora nota, probabilmente tale lesione risiederà nelle cellule nervose ganglionari del miocardio.

Mollard e Regaud. **Stato delle arterie del cuore nelle miocarditi acute.** — Le lesioni delle arterie cardiache che si osservano nelle miocarditi acute, risiedono in massima parte nella tunica media, e l'elemento muscolare e l'elemento elastico è maggiormente lesionato. Le fibre muscolari sono gonfie, e vi si osservano nell'interno numerosi vacuoli. La tunica elastica è tumefatta, granulosa, frequentemente nella tunica media si nota un infiltramento leucocitario.

Weber. **Atrofia ed ipertrofia della fibra muscolare cardiaca nelle miocarditi croniche.** — L'istologia non giustifica, il termine « miocardite ipertrofica e miocardite atrofica ». Il processo arterio- sclerotico è essenzialmente atrofico. Nello studio delle lesioni parenchimali della miocardite cronica, il Weber non ha mai potuto riscontrare i segni di un processo flogistico primitivo. Le lesioni infiammatorie sono consecutive, di conseguenza val meglio dire miopatie cardiache croniche, che miocarditi croniche.

Merklen ritiene che dal punto di vista clinico importa di conservare la distinzione delle miocarditi in ipertrofiche e atrofiche, tanto più che questi due processi nella sclerosi del miocardio sono connessi.

Cautru. **Ipertensione arteriosa e massaggio addominale.** — Il massaggio del ventre produce come effetto immediato un abbassamento della pressione arteriosa e una diminuzione del numero delle pulsazioni e come effetto mediato una diuresi abbondante. Per cui il massaggio addominale é indicato: 1° come preventivo della ipertensione permanente 2° come curativo della ipertensione permanente e delle sue conseguenze, 3° come utile nella arterio-sclerosi confermata.

Huchard dice che il massaggio addominale agisce evitando un ingorgo delle vene addominali, contro il quale la digitale è impotente. Essa impedisce la comparsa del fegato da stasi. Infine, un fatto curioso, si è quello che il massaggio addominale, fa sì che gl' individui colpiti da accessi di angina di petto, a poco a poco si liberino di tali crisi.

Cassaët. **Sul valore semiologico dell' incisura di Sibson.** — L'incisura di Sibson si considera

come patognomonica di una certa quantità di liquido nel pericardio. Cassaët non lo crede poichè in un pleuritico, avendo osservato il segno suddetto, fece la puntura pericardica e non estrasse alcun liquido. Colla toracentesi l'ammalato guarì ed il segno niente affatto patognomonico della pericardite scomparve.

Blind. **Disturbi digestivi negli arterio-sclerotici.** — Mentre che i cardiopatici valvolari affettano il tipo ipopeptico non è così dei cardiopatici arteriosi, nei quali si hanno i segni di una ipercloridria (per l'ipertensione arteriosa). I disturbi gastrici si traducono con una elevazione riflessa del circolo polmonare, il cuore che lotta già contro l'ipertensione del grande circolo, si trova preso tra due ipertensioni, ne risulta pertanto un po' di tachicardia, aritmia, un po' di dilatazione che non obbedirà punto alla digitale ma bensì al regime. L'arterio-sclerosi dello stomaco è rappresentata da una infiammazione cirrotica del medesimo.

Huchard dice che bisogna veramente aver cura delle funzioni gastriche dei cardiaci. Perchè il cattivo stato dello stomaco si risente sul cuore? Forse trattasi, come si crede comunemente di un fatto riflesso, ovvero è dovuta alla formazione di tossine, come Huchard tende a credere? La causa vera non si sa, ma è certo che un cardiopatico il cui stomaco funziona male accusa maggior disturbi cardiaci, e il suo cuore si dilata.

Surmont. **Stenosi mitralica pura e cura d'aria.** — Si sa che la stenosi mitralica pura è per lungo tempo compatibile colla vita, purchè si abbia cura di non affatigare gli organi digestivi, nervosi, muscolari, genitali che, sono in istato di meiopragia. Il trattamento igienico pertanto s'impone e quel che è più bisogna ricorrere alla cura di aria. Per mezzo di questa cura, le bronchiti e gli accidenti congestivi scompariranno rapidamente, gli accessi pseudo-apnoici si faranno più rari sino a non più manifestarsi, e lo stato del cuore migliorerà parallelamente alla scomparsa degli accidenti bronco-polmonari.

Pouguiez. **Lesioni anatomo-patologiche delle arterie aneurismatiche.** — Ha operato 4 infermi affetti da aneurisma. I vasi presentano delle lesioni di mesarterite. Tutti i soggetti avevano avuto una malattia infettiva come la malaria e l'influenza all'epoca in cui si era iniziata la lesione aneurismatica, ciò che conferma l'opinione emessa da Huchard che l'arterio-sclerosi è un terreno favorevolissimo allo sviluppo degli aneurismi mentre che la lesione infettiva rappresenta il germe da cui nasce la malattia.

SOCIETÀ DI BIOLOGIA DI PARIGI

seduta del 29 luglio 1899

Roger e Josuè. **Istologia normale del midollo osseo della cavia.**—Gli elementi grassi sono rari. Il taglio è costituito da una massa di cellule, con qualche elemento grasso. Non si vede, come nei conigli, un seno centrale inquinante i 3|4 dell'arteria principale. Il seno venoso è poco sviluppato e separato dall'arteria. A forte ingrandimento si riscontrano: cellule a grande nucleo pallido, senza protoplasma visibile, ovalari, arrotondite o sformate per pressione reciproca, leucociti a nucleo reniforme o polinucleare. Le cellule con granulazioni si presentano come mielociti. Gli elementi a granuli pseudo-eosinofili sono più numerosi; i neutrofili sono eccezionali; le *mastzellen* rarissime. Le cellule giganti sono numerosissime, e così pure i normoblasti che si trovano in mezzo a numerosi eritrociti. Vi ha concordanza assoluta tra sangue e midollo osseo. La cavia presenta una formula emato-midollare differentissima da quella dell'uomo e del coniglio.

Gilbert e Castaigne. **Potere tintoriale dei pigmenti anormali nell'ittero emafeico degli pneumonici.**— Si è visto che la reazione di Gmelin può esser mascherata nei liquidi che contengono bilirubina. Hanno visto studiando il siero dei pulmonitici che due volte esistevano in esso dei pigmenti biliari; il siero di altri 10 malati diede costantemente negativa la reazione di Salkowsky; l'ittero in questi casi era dovuto ad un pigmento biliare anormale, che non dava le reazioni classiche della bilirubina. Concludono che non è la bilirubina il solo pigmento biliare di cui le proprietà tintoriali siano incontestabili, e che, nella pulmonite specialmente, l'ittero emafeico è il più spesso dovuto a pigmenti anormali.

Gilbert e Garnier. **L'iper-epatia nell'anemia perniciosa.** — Raramente il fegato all'autopsia è stato trovato grasso, come generalmente si crede. In tre casi Gilbert e Garnier hanno riscontrato una ipertrofia vera del fegato senza proliferazione del connettivo nè degenerazione delle cellule. Questa ipertrofia può essere messa a canto di quelle che si osservano in altre varietà di anemia (anemia dei paesi caldi, clorosi, anemia post-emorragica). L'ipertrofia può essere attribuita all'esagerazione della funzione marziale del fegato; ma questa causa pare minima per spiegare un'ipertrofia considerevole tanto quanto l'hanno riscontrato gli autori. L'ipertrofia potrebbe essere riguardata come compensatrice, se si ammette che nell'anemia perniciosa la parte liquida del sangue è lesa così come i globuli. Infine l'ipertrofia potrebbe attribuirsi alla rarefazione che subiscono i vari elementi del sangue e specie del plasma.

Nageotte. **Nota sulla presenza di fibre a mielina nella pia-madre spinale dei tabetici, in rapporto con la rigenerazione delle fibre radicolari anteriori.**—Certi tabetici hanno nella pia-madre spinale una rete di fibre mieliniche di neoformazione; esse provengono

dalla rigenerazione di alcune fibre delle radici anteriori previamente lese; se la lesione non risale fino al midollo, la rigenerazione avviene nella guaina di Schwann, e le fibrille sorte da ogni cilindrassile si trovano in questa guaina. Si vedono allora nelle radici anteriori degli isolotti costituiti da fibre a mielina, finissime. Ciò prova che le radici anteriori sono lese nella tabe, che, contrariamente alle lesioni delle radici posteriori, quelle delle anteriori tendono a ripararsi.

Oulmont e Ramond. **Leucemia acuta.** — In un caso recente di leucemia acuta, la malattia s'iniziò come un'angina eritematosa, seguita da ipertrofia dei gangli cervicali e poi di altri gangli dell'organismo. C'erano macchie di porpora nella pelle; milza e fegato grossi; temperatura 39°; sangue con note di anemia pronunciata, con numerose emazie nucleate, iperleucocitosi, linfociti, piccoli mononucleari, polinucleari neutrofili poco abbondanti; grandi mononucleari con granulazioni neutrofile. L'esame istologico degli organi dimostrò un' infiltrazione embrionaria diffusa degli apparecchi linfatici, con ispessimento notevole del reticolo, e formazione di noduli linfoidi nel fegato, rene, milza. Il midollo osseo conteneva solo mononucleari senza granulazioni neutrofile e qualche emazia nucleata. Le colture non diedero alcun risultato.

Haet e Ramond. **Azione della tubercolina sul sangue.** — L'iniezione di tubercolina durante sei mesi produce nei conigli ipergenesi dei diversi elementi figurati del sangue, seguita tosto da anemia. I globuli rossi allora si modificano; la ricchezza globulare diminuisce di metà; compaiono delle emazie nucleate; gli eosinofili, dapprima numerosi, tendono a scomparire. Il resto dei leucociti e degli ematoblasti sono più abbondanti che normalmente.

François e Reynaud. **La tensione arteriosa nella pulmonite.** — Nei malati che son guariti han visto ipotensione (14); il polso è tosto tornato alla norma; la crisi urinaria si è sempre prodotta prima dell'elevarsi della tensione. In 10 casi con esito fatale la tensione discese a 12, 10 all'inizio, poi a 9 ed anco ad una cifra inferiore nei giorni seguenti.

TERAPIA FISICA

INDICAZIONI DELLA GINNASTICA CURATIVA MECCANICA

Lo scopo che deve prefiggersi la terapia meccanica non è quello di costruire sempre nuovi apparecchi per nuove serie di movimenti, ma mettere in grado il medico di ottenere, facendo eseguire lo stesso movimento, che venga esercitata un'influenza benefica ora sul sistema nervoso centrale, ora sulla circolazione ecc., a seconda della indicazione momentanea. La flessione ed estensione dell'avambraccio ad es., secondo il sistema stabilito da Herz, possono essere eseguite ora come movimenti passivi, ora come movimenti di spinta semplici o no, ora come movimenti di coordinazione o di autoinibizione, ora come movimenti di resistenza; infine anche può trarsi profitto della contrazione contemporanea dei muscoli addominali (contrazione secondaria). Alcuni dei movimenti passivi possono essere eseguiti a mano libera: così può dirsi dei movimenti passivi delle mani, dei piedi, delle gambe, delle braccia ecc. In altre parti del corpo è difficile eseguire movimenti passivi colle mani, così nel bacino e nel tronco, giacchè devesi tener presente che i movimenti passivi debbono aver luogo senza alcuna partecipazione attiva dei muscoli dell'infermo. Sotto questo riguardo spesso è difficile a mani libere eseguire movimenti passivi in varie parti del corpo. Certi individui non riescono a lasciare le proprie mani assolutamente abbandonate nelle mani di un altro, perchè si manifestano tensioni involontarie, aumentate anche per via riflessa. Ciò non succede quando si dispone di un apparecchio mosso meccanicamente e che lavora in modo uniforme. Entra poi in campo un momento psichico, il quale fa sì che le corregge e la pressione dei bottoni della macchina ci produce un'impressione diversa delle dita di un individuo, le quali anche facilmente suscitano il solletico e provocano la tensione riflessa dei nostri muscoli.

I movimenti di spinta non possono eseguirsi senza apparecchi. Sotto questa denominazione Herz intende le oscillazioni eseguite attivamente. La flessione dell'avambraccio diventa un movimento di spinta se sull'avambraccio è disposta una massa, in modo che, posto in movimento, esso oscilli a mò di pendolo, mettendo in contrazione ritmica i suoi flessori ed estensori. Questo è un movimento automatico. Herz ha costruito a questo scopo apparecchi, i quali permettono di eseguire un movimento secondo un dato ritmo, dipendente dalla grandezza della massa oscillante che si impiega e dalla tensione di una molla. Con questo metodo i muscoli eseguono un lavoro minimo, trascurabile. E poichè talvolta è necessario far eseguire un lavoro perfettamente automatico, così Herz ha costruito pure apparecchi a freno, con i quali possono eseguirsi movimenti a spinta caricati, che si distinguono così dai semplici.

I movimenti di auto-inibizione, utilizzabili anche come movimenti di coordinazione, sono stati finora eseguiti solo manualmente. Essi si eseguono attivamente senza o con una lievissima resistenza ed in modo così lento, che, per essere uniforme, si richiede grande attenzione da parte dell'infermo e la partecipazione dei muscoli antagonisti. Perchè il movimento sia eseguito in modo perfettamente uniforme Herz ha disposto in modo le cose, che appena l'infermo supera la data celerità, un campanello dà il segnale.

Il movimento di resistenza rappresenta il vero e

proprio movimento di ginnastica curativa. Perchè esso sia eseguito con criteri scientifici, si richiede che la resistenza, durante il movimento stesso, si modifichi proporzionalmente alle oscillazioni della forza muscolare. Poichè l' Herz ha trovato con le sue misure dinamometriche che non v'ha alcuna legge generale in riguardo alle oscillazioni della forza muscolare durante il movimento, così egli ha creduto necessaria la costruzione di apparecchi che permettano di proporzionare nel singolo caso la resistenza alla forza muscolare. È evidente che il lavoro muscolare qui deve essere misurato secondo un'unità assoluta.

Herz si occupa poi delle varie malattie in cui s' indica la meccanoterapia (*Die Therapie der Gegenwart*, agosto 1899). Cominciando dalle malattie nervose e precisamente dalla neurastenia, egli distingue in questa la forma che pare si avvii piuttosto alla melanconia, all'ipocondria od allo stupore, da quella che prelude all' amenzia motoria. In entrambi i casi gli infermi sono incapaci al lavoro. In essi Herz consiglia i movimenti attivi graduali con lievi resistenze. Invece negli infermi con irrequietezza nervosa sono da consigliarsi i movimenti automatici, i movimenti con gli apparecchi di spinta, i quali hanno un'azione calmante.

Nelle malattie cardiache è necessario, più che in altre, individualizzare nella scelta del metodo. Nel cuore grasso sono più indicati i movimenti degli arti inferiori, regolati da un pendolo. Invece nei vizii cardiaci con insufficienza del miocardio sono indicati i movimenti di auto-inibizione, che agiscono come stimolo. Contro i disordini della circolazione periferica si raccomandano i movimenti passivi ed i movimenti di spinta semplici. Herz infine insiste sulla necessità della quadruplice distinzione degli apparecchi da lui costruiti, cioè apparecchi di resistenza, di auto-induzione, di spinta, passivi. I movimenti di auto-inibizione possono essere bene eseguiti a mano libera (senza apparecchi), quelli passivi solo in parte, quelli di resistenza incompletamenti possono essere fatti senza apparecchi. Una esatta graduazione con la mano è impossibile.

FORMULARIO

Kistler. **Pomata contro l'impetigine del cuoio capelluto e della faccia nei poppanti.**

Acido salicilico	gr.	1
Sotto-nitrato di bismuto	»	20
Unguento rosato.	»	50
Polvere di amido	»	7,50

Mischia e fa pomata.

Malbec. **Cura dell'eczema dei genitali del perineo e dell'ano**

1. Si pratichino delle lozioni con la soluzione seguente:

Mentolo	gr.	0,10
Idrato di cloralio	»	5
Glicerina } Acqua } . . . . . . ana	»	500

2. Si facciano in seguito delle unzioni con:

Cloridrato di cocaina	gr.	0,10
Olio di betulla	»	3
Estratto fluido di Panama . . .	q.	b.
Glicerolato di amido	»	30

3. Si spolveri in ultimo:

Acido salicilico	gr.	1
Ossido di zinco	»	5
Polvere di talco	»	10

NOTIZIE E VARIETA'

L'azione patogena degli ixodidi

Il dottor Mario Ronsisvalle torna ad occuparsi degli ixodidi (zecche), che esistono nelle campagne di Sicilia e specialmente nelle località paludose delle province di Catania e Siracusa. Questi parassiti si attaccano, massime nella stagione estiva alla cute dell' uomo e vi producono talvolta fatti morbosi infiammatori, a forma eresipelatoide, con linfangioite, con esito talvolta in suppurazione; e che sogliono accompagnarsi talora a febbre alta, con grande abbattimento di forze dell' infermo, e talora con delirio o coma, da simulare le febbri gravi da infezione malarica. Questi parassiti forse inoculano nella ferita agenti infettivi o sporozotidi parassitarii per mezzo del secreto delle cellule delle loro glandole salivari, donde derivano i fenomeni morbosi accennati. L'esame microscopico del sangue degli individui affetti potrebbe far diagnosticare la natura dell'infezione.

Per gli ufficiali sanitarii

Anche noi abbiamo avuto a lamentare le infelici condizioni fatte agli ufficiali sanitarii cercando di provocare un provvedimento. Pubblichiamo quindi volentieri il seguente indirizzo degli ufficiali sanitarii della provincia di Forlì al loro medico provinciale:

Ill.mo signor Medico Provinciale. — Forlì,

I sottoscritti Ufficiali Sanitarii Comunali rivolgono alla S. V. Ill.ma viva istanza perchè voglia interessarsi presso i singoli Comuni a che venga aumentata la indennità annessa alla loro carica.

Il grande e progressivo sviluppo che va giustamente prendendo la pubblica igiene nello interesse sanitario generale reclama per parte dell'Ufficiale sanitario una maggiore applicazione a questo ramo speciale da cui ritraggono notevoli beneficii e lo Stato e la Provincia ed il Comune, mentre il Medico senza alcun compenso viene distratto dalle sue abituali occupazioni tanto che tutti si giovano di quest'opera mentre egli solo ne risente danno.

Ora, non essendo equo trattamento noi preghiamo

la S. V. Illustrissima a volere far comprendere agli interessati Comuni che le esigue indennità singolarmente annesse alla carica di Ufficiale sanitario tolgono a questo la possibilità di tenersi anche al corrente del movimento igienico coll' acquisto di libri, di giornali e degli altri mezzi di indagine scientifica che sono a lui, isolato e lontano dai centri del sapere, assolutamente indispensabili.

Fiduciosi che la S. V. Ill.ma troverà queste loro aspirazioni e vorrà farne comprendere l'equità alla superiore Autorità a che di loro direttamente si occupi, Lo ringraziano mentre con ossequio doveroso si rassegnano

GAZZETTINO

ROMA. *Pei dementi esteri.* — È nota la grossa questione che si agita tra il Governo e l' Amministrazione del nostro Manicomio per quanto riguarda il rimborso delle rette dei dementi stranieri.

Per quante pratiche infatti si siano tentate dall'Istituto, non è stato mai possibile a questo di essere rimborsato delle spese di spedalità dovute dagli stranieri ricoverati nel manicomio d'ordine dell'autorità di pubblica sicurezza.

Riguardi diplomatici e altre ragioni di varia natura si sono sempre opposti perchè l' Amministrazione potesse reclamare il rimborso dagli interessati o almeno dai singoli Stati cui i dementi in questione appartengono. Così il manicomio ha dovuto sostenere a suo carico il mantenimento di cotesti infelici che a fine d'anno si è sempre risoluto in una spesa di parecchie migliaia di lire.

La Deputazione provinciale, in tale stato di cose, ha creduto di dover ricorrere ai tribunali, e tanto in primo che in secondo grado ha ottenuto piena vittoria contro il Ministero dell'interno.

Il Ministero ha ora ricorso in Cassazione, la quale dovrà così dire l'ultima parola su tale argomento.

ROMA. *Per gli studenti d' Italia.*—Ieri sera ebbe luogo la riunione del Comitato per la fondazione di una Società di studenti secondari ed universitari, allo scopo di aiutare, per mezzo di libri, di sussidi gli studenti poveri.

Si stabilì la pubblicazione di schede d'ammissione. che saranno rilasciate presso alcuni giornali e principali caffè.

Gli studenti assenti da Roma ne potranno far domanda con un semplice biglietto da visita.

Coloro i quali volessero mandare o sussidi o libri potranno indirizzare lettere o vaglia: Virgilio Ferretti, via Arenula 89.

NAPOLI. *Congresso contro la tubercolosi.*—Il Ministro Baccelli cui, il Comitato Napoletano della Lega contro la tubercolosi telegrafò, offrendogli la presidenza del Congresso contro la tubercolosi che. per iniziativa del suddetto Comitato, si terrà in Napoli nella prossima primavera, ha risposto accettando.

Nella stessa epoca, sempre per iniziativa dello stesso Comitato, verrà inaugurata anche un'Esposizione di Igiene.

NAPOLI. *Per l' educazione fisica.* — Il Comitato napoletano di educazione fisica. presieduto dal commendatore Albini, ha conferito alla R. Scuola normale femminile di ginnastica di Napoli per gli ottimi risultati ottenuti in questo anno scolastico, la grande medaglia d'argento con diploma.

La stessa medaglia è stata offerta alla valorosa direttrice, signorina Rosa de Marco.

PISA. *I nuovi ufficiali sanitari.* — Ecco l'elenco dei signori medici che furono nominati ufficiali sanitarii: Regnoli, Biso, Francalanci, Giovanelli, Soldaini, Passarella, Barsottelli, Campani, Malfatti, Quaratesi, Baldacci, Mazzucchelli, Sabucchi, Giorgetti, Bracci, Cerri, Gianfranchi, Gusmitta, Bruno, Todi, Pinzani, Capitani, Nitti, Ceccopieri, Niccodemi, Guerrieri.

PERUGIA. *Medico processato per negligenza.* — Il dottor Veronesi, medico condotto a Ponte Valle Ceppi, è comparso dinanzi la nostra Pretura Urbana del primo mandamento, per rispondere al reato di negligenza nell'esercizio delle sue funzioni, per aver mancato di recarsi, tosto che ne fu richiesto, presso la casa di certo Brancardi, la cui figlia morì di polmonite senza il soccorso dell' arte medica. Ben 57 testimoni erano stati citati, e nel pubblico c'era viva ansietà di apprendere la sentenza, la quale fu assolutoria.

BARI. *Contro la tubercolosi.* — Ad iniziativa del Consiglio dell' ordine dei sanitari baresi si attende alla costituzione di un Comitato che avrà per iscopo di diffondere le istruzioni preventive per combattere la tubercolosi e raccogliere i fondi occorrenti alla fondazione di un sanatorio provinciale, per tisici e di un ospizio per raccogliere coloro, che, non potendo guarire, troveranno almeno un ricovero pel resto dei loro tristi giorni.

CATANZARO. *Contro la tubercolosi.*—Anche qui, fra non molto, sorgerà una lega contro la tubercolosi, ad iniziativa dell'ottimo giornale *La lente,* redatto dai migliori medici della città nostra. I quali, perchè la lega possa tornar utile ai sofferenti e ai predisposti, colla cooperazione morale e materiale delle nostre pie signore, si metteranno subito al lavoro, iniziando sottoscrizioni, svolgendo conferenze ecc.

VIAREGGIO. *Congresso della società di pubblica assistenza.* — La presidenza del Congresso ha dato pubblicità al manifesto che con belle parole espone lo scopo della grande riunione, che avrà luogo nei giorni 26, 27, 28 e 29 agosto.

Il 27 è fissata la inaugurazione della bandiera donata alla locale società di Pubblica Assistenza e Salvamento, dalle cortesi donne viareggine.

Il vessillo è lavoro riuscitissimo: ne sarà padrino il chiar. prof. Battelli dell'Ateneo Pisano.

L'amministrazione delle Strade Ferrate ha concesso, oltre il ribasso, la validità dei biglietti dal 15 agosto al 5 settembre.

Hanno di già aderito tutte le Società di Pubblica Assistenza di Toscana: interverranno pure quelle di Spezia, Massa-Carrara, Santo Stefano.

Relatore generale è stato nominato l'egregio dottor Calderai di Pisa.

Presidente del Comitato ordinatore è stato eletto l'avv. Cesare Riccioni.

La bandiera della locale società « Croce verde » verrà inaugurata nel grandioso stabilimento balneario « Nettuno ».

BRESCIA. *Infezione carbonchiosa.*—Al mandriano Stefani Fusi di Bagolino, moriva improvvisamente una vaccina, le cui carni egli mise in vendita smerciandone buona parte, ed il restante convertì in salsiccia o pose sotto sale.

Ma lo stesso giorno quanti avevano comprata e mangiata di quella carne furono colpiti da infezione carbonchiosa, e certo Giovanni Zanetti, carrettiere, moriva la sera stessa.

Anche un'ostessa, colle due sue figlie, versano in istato gravissimo e si dispera ormai di salvarle. Molti altri furono colpiti, ma in misura meno pericolosa.

Al Fusi vennero sequestrate le rimanenti carni salate e salsiccie.

LEOPOLI. *Le vittime dei funghi.*—Ieri l'altro nel villaggio di Poltava quattordici contadini fecero una scorpacciata di funghi raccolti nei boschi vicini. Poco dopo gl'infelici furono colti da dolori spaventevoli; i medici accorsi prestarono loro energiche cure ma nove di quei disgraziati morirono dopo poche ore e gli altri sono aggravatissimi.

AMERICA. *La febbre gialla.*—La febbre gialla ha già mietuto 4 vittime ad Hampton nello Stato di Virginia (Stati Uniti). I casi sono 35 finora. Un soldato è moribondo. Il panico si impadronisce della popolazione, la quale scappa dai dintorni della casa d'ospizio per i veterani, dove sono avvenuti i casi di febbre gialla. La stagione balnearia è finita.

Si teme che la malattia sia stata importata ad Hampton da un soldato che era tornato qualche tempo fa da Santiago.

La guarigione di Fort Monroe, sei miglia distante, è stata mandata in distaccamento al Nord.

Nel 1855 a Norfolk, città situata in faccia ad Hampton, vi furono 1807 morti di febbre gialla. Il fatto è ritenuto di malaugurio.

NEW-YORK.—Si sono verificati tre nuovi casi ed un decesso di febbre gialla nell'ospedale militare di Hampton. Si sono constatati trentasei casi nella vicina città.

LIBRI NUOVI

Libri pervenuti in dono al prof. G. Rummo.—Palermo

Libri editi dall' Unione tipografico-editrice Torinese

T. Fischer. **Storia naturale.** — È uscita la 64ª dispensa in cui continua la trattazione della penisola italiana.

H. Beaunis. **Elementi di fisiologia umana.** — Traduzione del prof. V. Aducco.

Sono pubblicate le dispense 10 e 11 in cui continua la trattazione dei prodotti di disassimilazione.

L. Krehl. **Fisiologia patologica.** — Traduzione dei prof. Morpurgo e Trambusti.

Sono pubblicate le dispense 4, 5 e 6. Fini ce la trattazione del sangue e della respirazione; comincia quelle delle vie digerenti.

F. Taylor. **Manuale pratico di Medicina interna.**— Traduzione del dottor L. Ferrio.

Sono uscite le dispense 6 e 7 in cui continua la trattazione delle malattie nervose.

F. Strassmann. **Manuale di medicina legale.** — Traduzione del prof. M. Carrara.

Sono pubblicate le dispense 5 e 6 in cui finisce la trattazione della gravidanza e dell'aborto e comincia quella delle lesioni personali.

Czermak. **Semeiottica e diagnostica generali delle malattie esterne dell'occhio.** — Seconda edizione riveduta, tradotta dal D.r P. Bajardi. — Un volume in 12° di pagine 172, legato in tela, L. 2, 50.

Staccandosi dal sistema dei Trattati generali di oculistica che trattano minutamente la sola parte speciale della Semeiottica e della Diagnostica, Czermarck ha preferito trattare la parte generale.

Questo sistema tornerà utilissimo al medico pratico, che nel suo esercizio si trova in presenza di malattie oculari, perchè una esposizione riassuntiva dei punti di vista generali, lo dirigono rapidamente alle cure da prestarsi.

Nella disposizione della materia ha seguito l'abituale procedimento dell'esame locale, e nell'esporre la Semeiottica, sono messi in evidenza i fenomeni obiettivi e patologici, senza preoccuparsi delle conclusioni che possono risultare da una combinazione di parecchi sintomi fra loro; o con dati di altre discipline.

G. Garbini. **Compendio di otoiatria ad uso degli studenti e dei Medici pratici.** — Un volume in 12° di 144 pagine con 82 figure nel testo, legato in tela, L. 2, 50.

Per la grande maggioranza l'organo dell' udito è un'incognita, e trovandosi di fronte ad una malattia d'orecchio, i pratici o non la curano affatto (e questi sono gli onesti) oppure usano dei rimedi più o meno empirici, ma sempre senza far diagnosi di sorta.

Il Garbini volle tentare di rendere l'otologia un po' più famigliare, e scrisse questo breve compendio, sperando di riempire una lacuna.

Non é un trattato, è una guida dedicata agli studenti allo scopo di non farli uscire dall'Università digiuni affatto di questo ramo delle mediche discipline, che, quantunque specialmente fino a poco fa piuttosto disprezzato, ha pure la sua importanza. Il lavoro è eminentemente pratico.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

IL JODISMO

Le diverse manifestazioni dovute all' intolleranza del jodo e che vanno col nome di jodismo sono più spesso sgradevoli, che gravi, e molte volte dipendono più dall'infermo stesso, anzichè dall' altezza delle dosi somministrate. In una rivista generale (*Gazette des Hôpitaux*, n. 77, 8 luglio 1899) G. Lyon si occupa appunto dei diversi effetti che il jodo può produrre, somministrato a scopo terapeutico. Coindet, che introdusse il jodo, fu il primo a far noti gli effetti sgradevoli a cui esso può dar luogo. Nel 1839 Ricord richiamò l'attenzione sull'acne e sull'ectima da jodo, e tre anni più tardi dichiarò che il jodo è capace di produrre tutte le eruzioni acute della pelle. Rilliet nel 1859 stabilì, senza alcuna contestazione, l'esistenza del jodismo, e Barthez pubblicò l'osservazione di una signora che era stata colpita da gran jodismo, in seguito alla somministrazione di 0,10 gram. di joduro di potassio divisi in 60 pillole. D' allora in poi il jodismo è stato oggetto di numerose pubblicazioni, e fra i lavori d'insieme più recenti meritano di essere cennati quelli di Gemy, della signorina Bradley, di Briquet ecc.

Le manifestazioni del jodismo sono talmente numerose, che bisogna procedere con un certo ordine, e passare in rassegna dapprima quelle che hanno la loro sede nella cute e poi quelle altre che colpiscono i diversi apparecchi. Va pure tenuta in conto la distinzione di forme acute e forme croniche, e fra le prime di forme benigne e forme gravi.

Sotto l' influenza del jodo si possono osservare sulla cute tutte le varietà di dermatosi, eccetto le eruzioni squamose: il jodo determina dermatosi eritematose, papulose pure, papulo-pustolose, vescicolose, bollose, purpuriche, vegetanti, papillomatose; infine anche gangrene cutanee ed edemi. La forma eritematosa, molto rara, si manifesta con chiazze rosse che possono simulare l' erisipela e sono localizzate alla faccia ed agli arti superiori. La forma papulosa può simulare l'orticaria e l'eritema nodoso: nel primo caso l' eruzione è caratterizzata da numerose papule, disseminate di preferenza nelle estremità e nel basso ventre, accompagnate da prurito. Pellizzari ha citato un caso d' urticaria. Nella varietà che simula l'eritema nodoso, si osservano nodi che sembrano incastrati profondamente nel derma. Fu descritta da Ricord nel 1842, poi da Pietro e Celso Pellizzari, da Talamon ecc. La forma vescicolosa od eczematoide è anch'essa rara, ed alcuni autori ne hanno contestato l'esistenza. Nondimeno Fischer riferisce 16 casi di eczema jodico e Mercier dice di aver osservato un caso di eczema *rubrum* generalizzato, con febbre e sintomi generali. Altri casi sono stati comunicati da Petitjean, Lailler ecc. Briquet ha poi notato l' esistenza dell' *herpes* labiale d' origine jodica, e Jacquet quella della zona oftalmica con nevralgia della faccia, in seguito all' ingestione di joduro. La forma pustolosa, o piuttosto papulo-pustolosa, l'acne, è la più frequente delle manifestazioni cutanee del jodismo. L'eruzione comincia con una chiazza eritematosa accompagnata a prurito, a cui 18-24 ore dopo segue una papula che si trasforma in pustola. Questa lesione elementare partecipa della pustola e del tubercolo, ed i varii elementi sono per lo più aggruppati, in modo da formare delle chiazze arrotondite. L' acne jodico si limita quasi esclusivamente alla parte superiore del corpo, specie al viso, e non lascia alcuna traccia dopo la guarigione. Accanto a questa forma comune, esistono forme rare di acne, come l' acne antracoide, notato da Cullerier e poi descritto da Duhring, da Besnier, da Pellizzari ecc. Gli elementi eruttivi hanno l' aspetto di grandi furuncoli, circondati da un alone rosso e coverti da una crosta, al di sotto della quale si trova un orificio, donde la pressione fa uscire un liquido purulento. Secondo le recenti ricerche di Giovannini, la lesione anatomica dell' acne jodico consiste in una follicolite e parafollicolite pilare acuta, suppurativa, superficiale, opinione opposta a quella di Duckworth e Harris, Pellizzari, Ducrey, De Amicis, che negano la partecipazione dei follicoli piliferi al processo acneico. Oltre all'acne, esiste una varietà pustolosa di origine jodica, l'ectima, che morfologicamente non si distingue dall'ectima sifilitico. La forma bollosa è rara, e deve essere riguardata come una forma grave d' intossicazioni jodica. Ne hanno pubblicato osservazioni Besnier, Hallopeau, Rendu, Arnozan ecc. Si manifestano in principio vescicole che bentosto assumono la dimensione delle bolle e prendono un aspetto nerastro o violaceo. Le eruzioni jodiche pemfigoidi possono essere costituite da bolle e da vegetazioni condilomatose (Hallopeau, Feulard ecc.). Il jodo può dar luogo anche all'eritema polimorfo, in cui si trovano riunite parecchie lesioni elementari: macule, vescicole, bolle (osservazioni di Danlos, Leredde). Si possono osservare anche forme micotiche, costituite da masse voluminose, mam-

mellonate, irregolari, a superficie rossa. Queste lesioni che simulano la micosi fungoide, sono gravissime (Rosin, Cannet e Barasch). La purpura deve anch'essa esser posta fra le forme rare e gravi di intossicazione, e si manifesta a preferenza negli individui cachettici e vecchi.

Andry ha pubblicato poi un caso di gangrena disseminata della cute, e Malherbe un caso di acne jodico ad evoluzione gangrenosa in un individuo che da parecchi mesi prendeva 2 gram. di joduro di potassio al giorno. Mauriac descrive manifestazioni sottocutanee del jodismo, in forma di noduli ipodermici, senza aderenze con la pelle, che possono essere confuse con gomme. Si possono poi osservare, sotto l'azione del jodo, edemi cutanei, localizzati spesso alle palpebre, talvolta alle labbra, alle mani.

Le differenti eruzioni ora cennate possono manifestarsi qualunque sia il modo di somministrazione del jodo. Del pari tutti i joduri possono avere simile effetto in proporzioni pressochè eguali, e la dose è indifferente, giacchè casi di jodismo grave si sono avuti in seguito alla somministrazione di pochi centigrammi di joduro, il che prova che massima importanza ha il terreno, non la dose. L'epoca della manifestazione delle dermatosi jodiche è variabile; per lo più passano alcuni giorni dopo che è stato cominciato l'uso del jodo, ma qualche volta l'eruzione si ha poche ore dopo l'ingestione di una dose unica. É possibile che l'eruzione sparisca anche senza sospendere il farmaco, ma per lo più ciò è necessario. Quando un'eruzione recidiva, essa può avere la stessa forma della precedente, ma anche una forma diversa. Infine la forma che in generale riveste l'eruzione jodica dipende dalla costituzione dell'infermo, agendo il jodo solo come agente stimolante.

Manifestazioni jodiche negli organi interni. Il naso, la laringe, i bronchi, i polmoni possono essere colpiti isolatamente o simultaneamente dal jodismo. La manifestazione più frequente è la corizza, che suole manifestarsi fin dal principio della cura e poi va scomparendo a poco a poco, ma talvolta dura per tutto il tempo della cura jodica ed anche dopo che questa è stata sospesa. Talvolta si osserva anche una o più epistassi nei primi giorni di cura; per lo più non hanno importanza. Qui va tenuto conto di una sindrome che da Fournier è stata denominata grippe jodica, perchè ricorda quella dell'influenza. L'ammalato è preso bruscamente da febbre e malessere generale, agitazione, insonnia; la faccia diviene turgida e rossa, gli occhi lacrimosi. Nello stesso tempo si ha grave coriza con cefalea intensa, raucedine ed angina.

La laringite jodica è rara; talvolta nei bambini essa assume la forma della laringite stridula. Un'affezione pericolosa è l'edema della glottide, che richiede spesso la tracheotomia.

Da lato dell'apparecchio bronchiale, il jodo può provocare una bronchite congestiva, nei tubercolotici l'emottisi, e poi anche una bronchite pseudo-membranosa, osservata da Fritschke, e l'edema polmonare. Sopratutto quest'ultima affezione, con le sue gravi conseguenze, non è provocata direttamente dal jodo, ma essa si manifesta in individui arterio-sclerotici, che da un certo tempo presentavano segni di edema.

Riguardo all'apparecchio cardio-vascolare, il jodo deprimendo la circolazione, a lungo andare dà luogo ad astenia del cuore, ed Huchard ha descritto col nome di asistolia jodica una sindrome analoga a quella dell'asistolia per lesioni valvolari. D'altra parte le emorragie (porpora, epistassi, emottisi) sono frequenti nel corso del jodismo.

Sull'apparecchio digerente il jodo agisce producendo in primo luogo un sapore metallico salato e secchezza della bocca. Sono stati riferiti casi di gengivite, glossite, stomatite, angina più o meno gravi. Si è pure osservata infiammazione della ghiandola sotto-mascellare e della parotide. I disordini gastrici sono i più frequenti: sono caratterizzati da senso di peso all'epigastrio e crampi dello stomaco; il vomito è raro. Il fegato può prender parte al jodismo, ed in qualche caso è stata notata itterizia. L'intestino può rimanere immune; in casi rari si hanno diarree sanguinolenti.

Le manifestazioni nervose del jodismo sono numerose: predominano i sintomi di depressione, la memoria si indebolisce, si ha sonnolenza. Meno frequenti sono i sintomi di eccitazione, insonnia, delirii. La cefalea è frequente, e così pure le nevralgie facciali. Degli organi di senso, l'occhio è quasi esclusivamente colpito. La congiuntivite jodica è molto frequente, e qualche volta sono stati osservati disordini della vista, come diplopia ecc.

Degli organi genito-urinari l'uretra è talvolta sede di una secrezione siero-mucosa, limpida.

Il rene e la vescica non sogliono essere colpiti dal jodismo.

Riguardo alla forma clinica, il jodismo può manifestarsi in forma acuta e cronica. La prima è una forma simile all'influenza, come già sopra è stato detto. La forma cronica è caratterizzata da dimagrimento rapido e progressivo, palpitazione, aumento della frequenza del polso, agitazione, insonnia, debolezza generale. Gli ammalati hanno coriza, tosse, acne. Ne risulta una cachessia speciale, che sparisce quando si elimina la causa.

La diagnosi, quando i fenomeni obiettivi non sono sufficienti, viene illustrata dalla nozione etiologica. In ogni caso l'esame dell'urina per il jodo può venire in aiuto.

La prognosi per lo più è lieta; è grave nei casi di eruzioni bollose, micotiche, purpuriche, nell'edema della glottide o dei polmoni, nella paralisi cardiaca ecc.

La terapia ha in primo luogo l'obbligo di eliminare la causa, sospendendo l'introduzione dei

joduri. Ciò però non è necessario, quando si tratta solo di fenomeni leggeri, come coriza ecc.: in tal caso basta diminuire la dose di metà. È pure indicata la dieta lattea, che favorisce l'eliminazione del farmaco. Non esiste poi alcuna cura medicamentosa che combatta efficacemente le diverse manifestazioni del jodismo. Contro le eruzioni cutanee si impiegheranno quei rimedii che esse richiedono qualunque ne sia la causa. Lo stesso può dirsi per i fenomeni polmonari. Non si può parlare di profilassi del jodismo, perchè non ne conosciamo le cause predisponenti. Sappiamo solo che il joduro si elimina specialmente per la pelle, i reni, la mucosa nasale, e tanto meglio è tollerato, quanto più regolarmente funziona l'apparecchio digerente. Bisogna dunque badare che i diversi emuntoi funzionino bene e che la digestione si compia bene. La diuresi sarà favorita col latte o colle bibite abbondanti; la funzione della pelle dai bagni ripetuti e dalle lozioni di permanganato di potassa, 0,04 gr. per litro. Si è proposta la cura preventiva della coriza jodica coll'acido sulfonilico. alla dose di 3-4 gram. al giorno. Per evitare l'apparizione dei fenomeni naso-faringei si è proposto l'uso quotidiano della belladonna o dell'atropina (Aubert). Per regolare la funzione dello stomaco e dell'intestino si consiglia una dieta ordinata e l'uso di tempo in tempo di purganti e disinfettanti intestinali. Molti medicamenti infine sono stati associati ai joduri per agevolarne la tolleranza, fra essi l'arsenico.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo
diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Càllari, interno ordinario

Fin dal 1894-95, anno in cui venne ad occupare la cattedra di questa clinica il Chiarissimo Prof. Tommasoli, vado facendo, per suo incarico, delle esperienze relative al *lavaggio dell'organismo* nelle dermatosi autotossiche e tossiche.

Oggi, avendo raccolto un numero abbastanza rilevante di osservazioni, ed avendo anche esteso questo metodo alle scottature gravi, per scongiurare la morte che nel maggior numero di tali casi fatalmente sopravviene, mi accingo a pubblicare i risultati cui sono pervenuto, con le conclusioni più importanti che ne scaturiscono, sciogliendo così l'impegno che il Prof. Tommasoli si poneva, quando, nella nota sulla applicazione di questo metodo nelle scottature, diceva che qualcuno dei suoi assistenti avrebbe a suo tempo pubblicato tutte le esperienze nelle quali questo nuovo mezzo di cura s'è adoperato.

I. *Teoria della origine autotossica e tossica di talune dermatosi*

Il Prof. Tommasoli, al Congresso dermatologico di Londra (4-8 agosto 1896) mandò già una sua comunicazione sul metodo dei lavacri dell'organismo coi sieri artificiali, applicato contro le dermatosi autotossiche e tossiche.

In quella comunicazione faceva sapere che fin dal 1885, quando assisteva il prof. Sanquirico a Siena alle esperienze sui lavaggi dell'organismo per attenuare gli effetti deleteri nelle intossicazioni sperimentali, concepì la speranza che anche nel campo dermatologico quelle esperienze avrebbero potuto avere larga applicazione.

E ciò perchè fin d'allora quando ebbe a scrivere parecchio sulla patogenesi dell'ittiosi e del pemfigo, erasi convinto che una maggior parte delle dermatosi non fosse altrimenti spiegabile che come il prodotto di speciali intossicazioni dell'organismo, ora acute, ora croniche, ora manifeste, ora latenti.

Aspettava però che maturassero ancora un poco le nozioni intorno a queste possibili intossicazioni e quelle sui possibili antidoti.

E' a questo punto ch'io credo necessario, prima di venire alla esposizione del metodo ed alle sue varie applicazioni, di dare uno sguardo generale a quanto si è andato dicendo su tale teoria, così geniale, avanzata per il primo dal nostro Tommasoli.

L'ittiosi, il pemfigo cronico, la psoriasi, la herpes zoster etc. furono le malattie nelle quali ebbe campo vastissimo di discutere la sua teoria.

Al 1885 nella sua nota « Considerazioni sulla natura dell'Ittiosi » dopo aver discusso clinicamente un caso d'ittiosi, conclude:

« Le cause che possono produrla sono inde-
« terminate: possono venire si dall'esterno
« come dall'interno; esse rappresentano sempre
« un agente il quale in maniera lenta e mite
« agisce per modo sul sistema epiteliale cuta-
« neo, da portare negli elementi di esso una
« persistente tendenza a corneificarsi in mag-
« gior numero e con maggior sollecitudine ».

Questi i primi sprazzi di luce che dovevano in appresso rendere luminosa, come vero fascio abbagliante, l'idea geniale, concreta sulla patogenesi di alcune dermatosi.

Al 1891 parlando ancora dell'ittiosi e della sua posizione di fronte alle dermopatie cheratofore diceva: « . . . . . come si fa nei tempi « che corrono, a non sentirsi attratto verso « l'idea di speciali sostanze tossiche che, ge- « nerate dentro all'organismo ittiosico stesso, « in virtù di quei cronici vizi dell'organismo « non trovino poi, sia per la loro qualità, sia « per la loro quantità, una adeguata via di « eliminazione negli altri emuntori dell' orga- « nismo e facciano ammalare quei tenui ra- « muscoli vasali della periferia ai quali sarebbe « affidato il carico della esportazione?... »

Ed ancora al 1893 pubblicando il suo lavoro. « Sur l'histog. et la pathog. de l'ichtyose » cosi si esprime: « Mais, pour expliquer, jus- « qu'ici l' origine de l' ichtyose, je n' ai fait « qu'admettre le soupçon d'une auto-intoxica- « tion encore à determiner, et personne n'a « dit que cette auto-intoxication doit être une « seule pour toutes les ichtyoses. Quand on « pourra dèterminer quelque chose davantage « et que l'on pourra donner la formule chimi- « que de toute forme possible d' auto-intoxi- « cations chroniques, nous verrons alors si les « altérations découvertes dans les urines sont « diverses dans les diverses cas, par ce qu'el- « les ont eu des causes diverses ».

E più avanti aggiunge che, siccome nella ittiosi si ha l'assenza del sudore allo stesso modo che nella anidrosi senza alterazione dell'apparecchio sudorifico, niente di più facile che questa mancanza di sudore, che fisiologicamente deve essere eliminato, provochi l'ittiosi. Ascrive quindi l'ittiosi fra le *dermatosi autotossiche* e ricorda quanto ebbe a dire il Barthélemy a proposito di certe iperidrosi che sembrano esser legate a delle alterazioni digestive:

« ..... leur nature toxidermique nous semble « pouvoir être defendue ».

Il Tommasoli, in collaborazione col prof. Sanquirico di Siena, pubblica al 1886 alcune ricerche e considerazioni sopra un caso di pemfigo cronico.

Si tratta di una ragazza che in seguito ad un forte patema d'animo si ammala quasi immediatamente di pemfigo. Gli autori accennano ad alcune esperienze di inoculazione del siero delle bolle e ad alcune ricerche batteriologiche finchè il primo espone la sua idea sulla genesi di questa malattia. Egli dice: « Dagli studi « di Gauthier et Kossel è stabilito che an- « che entro alle cellule dell'organismo vivente « si formano degli alcaloidi detti oggidì leuco- « maine. Quali e quanti essi siano non si sa, « e nemmeno si sa per quale meccanismo si « formano nel vivo e quali trasformazione su- « biscano e quali i loro effetti sull' organismo; « ma che certo debbono avere la loro grande « importanza nella produzione di molte ma- « lattie, quando la loro fabbricazione nell'or- « ganismo, per ragioni che noi sconosciamo, « è aumentata, o la loro eliminazione e per la « pelle e per la mucosa intestinale e per i « reni è diminuita ».

Ciò posto, egli si dimanda: « Perchè il pem- « figo, del quale ogni elemento genesico sfugge « non potrebbe essere per avventura una di « queste malattie cui tali sostanze tanto miste- « riose quanto terribili dànno origine? La pelle, « come l'intestino ed il rene è uno degli or- « gani destinato alla eliminazione di queste « sostanze che l'organismo con costante lavoro « prepara. Nulla di più ovvio quindi che rite- « nere possibile che le leucomaine riescano « sulla pelle, patogene, quando o ne giunga « una maggior copia da eliminare o l' elimi- « nazione ne sia più faticosa e più lenta, o « l'uno e l'altro fatto s'associino ».

Ed allo stesso modo come il Dèletang ammetteva nel 1884 un erpete flictenoide microbico ed uno ptomainico, il Tommasoli ammette un gruppo di dermopatie leucomainiche fra le quali, il pemfigo pur non escludendo un pemfigo microbico.

Con tali osservazioni é già ben formulato il concetto del Tommasoli sulla patogenesi di talune dermatosi. Anzi nel suo lungo ed accurato lavoro sul pemfigo e pemfigoidi pubblicato al 1895 egli, proponendo una classificazione delle serodermiti polimorfe o bollose ammette delle forme provenienti:

1. Da intossicazioni estranee all'organismo e che agiscono dall'esterno verso l'interno;

2. Da intossicazioni estranee all'organismo, ma in esso penetrate e che agiscono dall'interno verso l'esterno;

3. Da intossicazioni nate nell' organismo e che agiscono dall'interno verso l'esterno.

A proposito della natura dell'erpes zoster pubblicò una nota al 1886 con la quale viene su per giù alle stesse conclusioni del pemfigo e batte sempre la stessa via quando pubblica poi la narrazione di due casi interessanti per la storia e la patogenesi della psoriasi. Egli infatti mette la psoriasi al primo posto della

famiglia delle dermopatie cheratofore e che chiama cheratodermie croniche tossiche. Alle stesse conclusioni etiologiche perviene il Dottor P h i l i p p s o n, assistente di questa clinica, pubblicando un suo contributo clinico allo studio delle psoriasi atipiche (1898).

Anche nel suo studio clinico-istologico-critico sulle dermatiti pruriginose multiformi (1893) il T o m m a s o l i ammette per esse una origine autotossica, avvalorando la sua ipotesi cogli antecedenti dei suoi infermi dei quali riferisce e la storia e tutte le osservazioni ch' ei credette opportune. Fra gli antecedenti trovò di fatti nervosismo, pinguedine ed obesità, disturbi digestivi cronici, metropatie, artritismo emorroidi, coliche, alcoolismo, malaria etc.... fatti tutti che contribuiscono certamente ad un rallentamento della nutrizione.

Presento all'uopo la sua classificazione delle dermatosi pruriginose, così fatta:

- I. *Estesio-dermie*
  - A — *pure*
    - *prurito*
      - universale
      - parziale
    - . . . . .
    - . . . . .
  - B — *complicate da lichenif.*, *da eczemat.*, etc. (*pruritus cum materia* degli antichi)
- II. *Estesio-dermiti.*
  - A — *Estesio-dermiti pure:*
    - *a*) a forma papulosa
      - 1. a papula molle, e ad evoluzione acuta o evanida (pomfo) *Orticaria*
      - 2. a papula consistente e ad evoluzione subacuta
        - *Prurigo diatesico* (a tipo puro)
        - » *autotossico tempor.* (da infezioni, da gravidanza).
      - 3. a papula dura e ad evoluzione cronica
        - *Lichen vero* (W i l s o n)
        - *Pseudo lichen simplex*
        - » » *atrofizzante*
    - *b*) a forme eczematose
      - 1. a placca umida — *Eczema umido*
      - 2. a placca squamosa—*Eczema secco*
        - *seborroico*
        - *squammoso*
        - *corneo*
        - . . . .
    - *c*) polimorfe
      - *Dermatitis herpetiformis* di D u h r i n g
      - . . . .
  - B — *Estesio — dermiti complicate*
    - a) *Estesio — dermiti pure* (Quadro A) complicate
    - b) *Prurigo diatesica a tipo H e b r a - B e s n i e r*
    - c) *Eczema lichenificato*

Al 1894 torna sull' argomento dei prurigo in genere e sul prurigo temporaneo in specie. Il suo prurigo temporaneo corrisponderebbe al lichen *simplex acutus* di W i d a l, ed egli lo ascrive fra le dermatosi autotossiche in contrapposto all'epiteto di diatesiche dato alle altre prurigo, per quanto autotossiche possano dirsi anche queste, però di genere diverso, croniche e persistenti. Ammettendo egli che le dispepsie croniche e i cronici catarri gastro-intestinali sono fabbriche incessanti di veleni che circolano nell' organismo e combinandosi con altri agenti morbigeni ne fanno ammalare ora in un modo ed ora in un altro, or questa, or quella parte, egli spende queste fabbriche di veleni, per acquistar fautori alla sua teoria. Ma non riduce certo tutte le possibili maniere di autointossicazioni a questa sola delle autointossicazioni d' origine intestinale, sibbene ammette che le maniere diverse di autointossicazione possibili debbano essere una miriade infinita e della più diversa natura e della più diversa origine.

Mentre poi il B e s n i e r sostiene l' origine tossica di tutti gli eritemi, il T o m m a s o l i a proposito dell'*erytema exdativum multiforme* di H e b r a ammette 3 categorie di eritemi:

a) derivanti da sostanze tossiche ingerite (erit. polim.)

b) derivanti da sostanze tossiche preparate entro l'organismo da microorganismi (esant. polim.).

c) derivanti da sostanze tossiche preparate dall' organismo e nell' organismo (eritrod. polim.).

La gotta, il diabete, il reumatismo, l' uricemia, la colemia, la dispepsia ecc. sono dal T o m m a s o l i invocate a proposito, come fattori etiologici.

Uno dei lavori colossali e che merita lo studio accurato di ogni pagina è quello sulle *cheratodermiti autossiche* del T o m m a s o l i.

pubblicato al 1895 in tedesco, del quale credo opportuno riferire alcuni brani importanti.

« L'unica via per spiegare in maniera soddisfacente tutta la famiglia delle cheratodermiti è quella di ritornare all'antico concetto degli umori viziati:

« 1° iscrivendo queste cheratodermiti fra le malattie da rallentamento della nutrizione;

« 2° Ammettendo, in conseguenza di ciò, speciali sostanze tossiche entro l'organismo e dallo stesso organismo formate, di cui l'organismo formatore tenderebbe continuamente a spogliarsi e da cui specialmente, nei suoi organi emuntori, quest'organismo sarebbe messo in condizioni da ammalare.

« Di questi autointossicamenti che hanno per ultimo effetto una cheratoforia, non è ancora consentito di dare una sola di quelle formule chimiche che forse debbono essere molteplici. Se invero le tossine cheratofore esistono, ci è lecito, fin d'ora di intuire che queste *toxine autogene o autotoxine* derivanti da una alterazione che può essere o ereditaria o congenita od acquisita non debbono essere nè univoche nè specifiche e debbono possedere *per sè* constantemente una energia patogena torpida e mite. Queste tossine sono probabilmente diverse, per qualità e per quantità e per combinazioni in ogni diverso individuo e debbono avere azione diversa seconda i diversi organismi e le diverse sedi su cui agiscono ».

Ammette infine questi vari gruppi di cheratodermiti:

1. Gruppo. — Corno cutaneo, tilomi, cheratosi pilare di Brocq, comedoni, *lichen scrophulosorum.*

2. Gruppo. — Paracheratosi scutulare di Unna, *pityriasis rubra pilaris*, psoriasi volgare, acrocheratosi, *pityriasis alba* e sue varietà, ittiosi semplice ed istricea e stati ittiosici.

3. Gruppo. — *Lichen simplex* di Vidal, *lichen ruber* e *planus* e sue varietà, eczemi cronici circoscritti.

4. Psoriasi, eczemi squamosi cronici e lichen cronico generalizzati; tutte varietà di dermatiti croniche esfoliative compresa la *pityriasis rubra* di Hebra, la dermatite esfoliativa dei neonati con le varietà di ittiosi fetale ed ittiosi sebacea che Tommasoli chiama *dermatite seborroica.*

Per opera dunque del Tommasoli noi troviamo largamente svolta ed ampiamente discussa con concetti assai razionali, una ipotesi affascinante per spiegare l'oscura patogenesi di parecchie, per non dir di quasi tutte le malattie cutanee.

Recentissimi lavori hanno confermato la sua teoria.

Il dottor Frisco dell'Istituto d'Igiene di Palermo, diretto dal professore L. Manfredi, pubblicava al 1897 un lavoro dal titolo « Sulle dermatosi nelle auto-intossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali ».

« Fox Tilbury, egli dice, credeva erronea l'ipotesi di ascrivere certe dermatosi ad una discrasia degli umori dell'organismo, ma, continua, quando si pensi quali e quanti veleni sia fisiologici che patologici si formano nel nostro organismo, la cui ritenzione da una parte e l'eliminazione dall'altra, sono capaci di provocare una serie di disturbi dei quali oggi la clinica e la patologia sperimentale hanno di comune accordo rilevata la grande importanza (Bouchard-Gauthier), non credo si possa più mettere in dubbio la influenza diretta di tali veleni sulla produzione di svariate lesioni cutanee, considerando la pelle e come tessuto e come emuntorio naturale. « Si tratterebbe quindi di una intossicazione « autoctona dell'organismo ». Il Frisco accenna alle osservazioni del dottor Pollaci di Palermo, che riscontrò alterazioni cutanee nella pelle dei nefritici, dovute sia alla iperattività funzionale che alla intossicazione che gli elementi anatomici subiscono per la alterata crasi sanguigna prodotta dall'eccesso di acido urico circolante e che non può eliminarsi per la via renale. Il Bouchard, d'altro canto, ricordando le osservazioni di Hayem e di Férè, fa notare che invero talune alterazioni cutanee siano dovute a veleni dell'organismo stesso che si eliminano attraverso la pelle, agendo maleficamente sui suoi strati. Altre osservazioni di Westphalen, di Neumann e Siredey e Quinquaud convaliderebbero ancora tale ipotesi. Quello che a noi sommamente interessa è la prova sperimentale di tale geniale ipotesi per opera del Frisco.

1. Egli inocula animali con veleni batterici. Questi veleni sono intracellulari ed estracellulari (proteine di batteri virulenti ed attenuati, e tossine batteriche solubili).

2. Sottopone animali a disturbi del ricambio materiale.

a) per ingestione di alimenti svariati.

b) per intossicazione addisoniana sperimentale.

Per tutte e due le serie di esperienze egli riscontra nei suoi animali delle forme di alopecia, psoriasi, eczema, xerodermia. Oltre a ciò nota in taluni casi endo-arterite e nevrite periferica. Per questi fatti conclude:

« Probabilmente questi veleni sono capaci, « per la via del circolo generale, di provocare « uno stato infiammatorio irritativo tanto nei « vasi della cute, che nei nervi periferici che « presiedono sia alla motilità e sensibilità del- « l'animale, come al trofismo delle parti da « essi innervate, compresa la cute e i suoi vasi, « e siccome la cute deve eliminare diverse so- « stanze estranee all'organismo, così essa do- « vrà necessariamente subire l'influenza tos- « sica dei veleni che l'attraversano ».

Bonneau, Schutz, Tortellier ed altri sono fautori della stessa teoria.

Al 16° Congresso di medicina interna tenutosi a Wiesbaden (1898) Müller e Brieger ammettono anch'essi nell'organismo e nell'intestino la produzione di veleni appartenenti tanto alle ptomaine quanto alle toxialbumine.

Lo stesso Hebra nel ritenere idiopatiche le malattie cutanee in generale, non negò assolutamente l'influenza di certe malattie costituzionali ed ammise che disturbi di circolazione, intestinali e nervosi, potessero influire sulla produzione di manifestazioni cutanee.

Mracek, nel suo recentissimo lavoro (1899) sui rapporti di alcune dermatosi con l'organismo in generale, esamina in particolar modo la psoriasi, l'eczema e il prurigo.

In riguardo alla prima accenna alla teoria parassitaria sostenuta dal Lang, Eklund, Wolff, Lassar, Beissel, Mapother e dal Tommasoli stesso che alla distanza di un anno (1886 - 1887) ebbe a ricredersi, e messa in dubbio da Ducrey e Ries; accenna poi alla teoria nervosa ed a quella autotossica. Parla dell'eczema in rapporto a disturbi nervosi, ed emozioni morali (Leloir, Leveque, Bulkley, Brocq, Dèjerine Miraltiè, du Castel, Colomiatti, Marcacci); in rapporto a disturbi renali (Salvioli, Bluhm, Thibièrge); in rapporto al reumatismo ed alla gotta (Garrod, Quinquaud).

Dice che il Griffiths trovò per l'eczema una speciale ptomaina che chiamò eczemina.

Intorno al prurigo abbiamo che Schwienmer lo classifica fra le malattie di origine trofo-neurotica. Guibont lo crede una forma di cachessia; Besnier lo crede prodotto da alterazioni del ricambio materiale. Dalla breve rassegna fatto del rapporto di alcune dermatosi con disturbi generali dell'organismo, i fatti clinici dimostrano indubbiamente questa connessione. E se, dice Mracek, dobbiamo attribuire una certa importanza, ai disturbi nervosi, all'insufficienza renale, alle anomalie del ricambio, il primo posto spetta certamente alle intossicazioni ed autointossicazioni, le quali hanno acquistato in questi ultimi tempi una importanza veramente straordinaria nella origine delle diverse dermatosi.

(*continua*)

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI MODENA

Seduta del 4 luglio 1899.

(nostro resoconto particolare)

G. Vassale e F. Generali. **Funzione paratiroidea e funzione tiroidea.** — Le ghiandole paratiroidee, prima ritenute organi embrionali, materiale di riserva nel caso di distruzione del tessuto tiroideo, per le ricerche sperimentali di Vassale e Generali, confermate da molti sperimentatori, vennero, come è noto, ad acquistare un'alta importanza funzionale specifica.

Nel cane e nel gatto l'abolizione della funzione paratiroidea (paratiroidectomia completa) dà luogo a tetania mortale; l'abolizione, invece, della funzione tiroidea (tiroidectomia completa) dà luogo a fenomeni di cachessia strumipriva e talora di vero mixedema sperimentale.

Ciò porta luce su quanto si osserva sull'uomo in seguito all'estirpazione del gozzo. Anche nell'uomo le paratiroidi di regola sono quattro; due inferiori e due superiori. Si ha nell'uomo tetania mortale quando insieme al corpo tiroide vengono estirpate le paratiroidi, talvolta si trovano tutte quattro in stretto rapporto con esso. Restando una sola paratiroide inferiore, oppure restando le due paratiroidi inferiori ma maltrattate e lese durante l'atto operativo si ha tetania transitoria o cronica (insufficienza funzionale paratiroidea che Vassale e Generali poterono constatare sperimentalmente nel cane).

Si ha, invece, mixedema post-operatorio, quando, come avviene più spesso, nell'estirpazione del gozzo restano risparmiate ed integre le paratiroidi inferiori che son più o meno discoste dal corpo tiroide.

Per Vassale e Generali adunque, le para-

tiroidi hanno un funzione antitossica; donde la tetania per l'abolizione della funzione paratiroidea: la tiroide ha una funzione trofica sulla nutrizione generale; donde il mixedema per l'abolizione della funzione tiroidea.

Queste erano le conclusioni che essi avevano dedotte fin dalle prime ricerche sull'argomento.

Un fatto che li aveva sorpresi fin dal principio è che la morte degli animali dopo la paratiroidectomia si ha di regola più rapidamente che in seguito alla tiro-paratiroidectomia. Perciò avevano consigliato nelle loro pubblicazioni di provare negli animali paratiroidectomizzati l'azione isolata sia delle paratiroidi, come delle tiroidi di animali normali e di animali paratiroidectomizzati, e ciò nell'ipotesi che trattandosi di un'associazione di funzione fra tiroide e paratiroidi, la funzione tiroidea restasse alterata, pervertendo la funzione paratiroidea. Ma un' altra ipotesi si affacciava ed è quella che Vassale e Generali tuttora vagheggiano.

Lusena confermò che la estirpazione delle sole paratiroidi uccide più presto l'animale che la completa tiro-paratiroidectomia; e vide che se ad un cane in tetania paratireopriva si estirpano le tiroidi, si attenua la sindrome morbosa. Ciò avevano notato anche Vassale e Generali in due cani fin dalle loro prime ricerche.

Per spiegare questi fatti, all'ipotesi dell'associazione di funzione fra tiroide e paratiroidi a Vassale e Generali parve e pare tuttora, fino a rigorosa prova contraria, preferibile il seguente ragionamento.

Le paratiroidi hanno dunque, secondo essi, una funzione antitossica, donde la tetania per la loro estirpazione; la tiroide ha una funzione trofica sul trofismo generale, donde il mixedema (rallentamento dei processi del ricambio) per la sua ablazione. L'animale paratiroidectomizzato è un animale intossicato: si fabbricherà in esso una maggiore quantità di veleni, se il metabolismo è attivo, ossia se l' organismo possiede la tiroide; si fabbricheranno nuovi veleni in minore quantità, se il ricambio sarà rallentato, ossia se l' animale non possiederà più la tiroide.

Nell' animale paratiroidectomizzato, quindi, si attenueranno i fenomeni morbosi, se si praticherà in 2° tempo la tiroidectomia. E questo ragionamento è avvalorato dai seguenti fatti:

1. La tetania paratireopriva é meno grave se ha un decorso meno acuto nei cani molto vecchi che nei cani giovani.

2. I fenomeni di tetania sono massimamente violenti nei cani che dopo la paratiroidectomia mangiano molto e specialmente carne.

3. Il digiuno, come fu già dimostrato da uno degli autori fino dal 1892, altera i fenomeni di tetania consecutivi alla tiro-paratiroidectomia. Esso modifica profondamente il quadro morboso, attenuandolo.

4. Nei cani paratiroidectomizzati la guarigione delle ferite al collo avviene per prima intenzione, anche con poche precauzioni antisettiche, ciò, si può dire, è la regola; mentre tutti gli sperimentatori sanno, quanto sia difficile ottenere una simile guarigione, malgrado le più scrupolose cautele antisettiche, nelle ferite dei cani operati di tiro-paratiroidectomia.

V. Mattei. (relatore Vassale). **Mixedema curato con successo colla tiroide.** — Donna di 55 anni affetta da due anni da mixedema. Volto tumido di colore pallido, senza espressione; palpebre quasi socchiuse. Tutta la pelle del corpo, specialmente del collo, dorso ed arti inferiori è ingrossata, resistente al tatto. Alla pressione anche forte colle dita non si nota alcun infossamento. Il pallore della cute è manifesto in ogni parte, il collo è grosso e rigido. Il ventre è molto tumido. La voce è marcatamente nasale. Mucosa della faringe leggermente tumida. L' ammalata cammina con molta lentezza. Tutti i movimenti del corpo vengono eseguiti con grande sforzo, il che provoca affanno. Sonnolenza continua, senso generale di freddo; abolizione del sudore. Temperatura 36°. Il trattamento tiroideo (in media 5 tavolette di tiroidina di 15 centigr. ciascuna) fu cominciato il 5 dicembre 1898. Miglioramento progressivo, caratterizzato dalla diminuzione di peso, dalla scomparsa quasi completa degli edemi solidi. Col diminuire del peso l' ammalata ha riacquistate le forze. É cessato l'affanno. Sono ritornati l'appetito e la vivacità di prima, l' attitudine al lavoro e al camminare. La loquela, la temperatura sono tornate normali. È ricomparsa la traspirazione. La pelle ha ripreso la normale consistenza ed elasticità, salvo che al dorso e in qualche punto degli arti inferiori. La cura tiroidea continua. Mattei presenta il ritratto della paziente prima e dopo la cura tiroidea.

N. Guissani. (relatore Vassale). **Sul potere antitossico del fegato rispetto alla tossicità del siero di sangue normale eterogeneo o sul meccanismo della morte per trasfusione del medesimo.** — Da esperienze eseguite nel laboratorio di patologia generale di Modena risulta che il coniglio per le vene mesenteriche tollera una iniezione molto maggiore di siero di sangue di bue che per le vene dell'orecchio o per la giugulare. Il fegato adunque, rispetto al siero di sangue normale eterogeneo, esercita un potere antitossico.

Il coniglio eterizzato tollera, sia per le vene mesenteriche come per le vene dell'orecchio e per la giugulare, una molto maggiore quantità di siero di sangue di bue che il coniglio non eterizzato. La narcosi prodotta dall' etere nel coniglio adunque diminuisce considerevolmente il coefficiente della tonicità del siero di sangue eterogeneo.

Questi risultati ottenuti coll'etere, secondo il dottor Guissani, appoggiano l' opinione sostenuta dal Rummo e da altri intorno al meccanismo della morte per trasfusione di sangue eterogeneo

normale; ossia che l'azione nociva esercitata dal siero di sangue eterogeneo debbasi attribuire a principi tossici (serine), veri veleni animali che agiscono direttamente sui centri nervosi. L'etere diminuendo l'eccitabilità di questi centri permetterebbe che l'animale possa tollerare una maggiore quantità di tossico. E in favore dell'azione tossica del siero di sangue eterogeneo sui centri nervosi, il dottor Guissani porta pure una serie di esperienze, da cui risulta che le iniezioni di siero di sangue di bue praticate in una delle carotidi esterne, e quindi direttamente verso i centri nervosi, uccidono l'animale in dose costantemente inferiore a quella che si richiede per uccidere un coniglio dello steso peso coll'iniezione in una vena dell'orecchio.

F. Pini. **Un caso di taglio cesareo Porro con trattamento estraperitoneale del peduncolo in gravida affetta da osteomalacia.** — Fu da lui operato nell'Istituto ostetrico di Modena il giorno 26 dicembre 1898.

L'andamento post'operatorio fu regolarissimo.

La donna che durante la gravidanza era quasi di continuo costretta al letto pei forti dolori, dopo l'operazione é andata rapidamente migliorando tanto che ora cammina speditamente e senza alcun appoggio.

Si è pure riavuta della grave anemia ed è guarita del catarro bronchiale che la travagliava.

Il bambino vive tutt'ora ed è sano e robusto.

L. Tavernari

SEMEIOLOGIA MEDICA

L'ASCOLTAZIONE ORALE

Ercole Galvagni, nel 1875, fu il primo che abbia introdotto in semiologia questo nuovo mezzo d'indagine clinica: l'ascoltazione della bocca. Prima di lui non si aveano che delle notizie assai vaghe sui rumori percepibili a distanza, sul rantolo orale; solo il Piorry descrisse con una certa cura il rantolo orale. Dopo lui Guttmann, Eichhorst confermano le sue ricerche cliniche. Il Galvagni ha insistito più tardi su questo nuovo mezzo semiotico, anco per via del lavoro del suo allievo, il Monari, e dell'altro recente dell'Orlandi (*La Nuova rivista clinico-terapeutica*, n. 7, luglio 1899).

I fenomeni, che il Galvagni ha potuto ascoltare per la bocca, sono il cosidetto rantolo orale e l'espirazione sistolica intercisa.

Il rantolo orale si osserva assai frequentemente, e spesso sono gli stessi infermi che richiamano l'attenzione del medico. Il Piorry dice che avvicinando molto l'orecchio alla bocca di un uomo, nei bronchi del quale trovansi dei liquidi, odonsi molto distintamente, e ciò ad una grande profondità, dei rantoli o ronchi che non possono confondersi con quelli del laringe. Il loro volume sembra corrispondere alla grossezza dei canali nei quali si producono. In alcuni casi odesi molto profondamente nel petto una specie di gorgoglio, e questo ha luogo del pari nella dilatazione dei bronchi alquanto estesa, come nei casi nei quali esistono delle caverne pulmonari. Nella pulmonite ed in alcune altre lesioni in cui le vescichette sono ripiene di liquido spumoso, si ascolterebbe a distanza il rantolo sottilissimo o sottile (crepitante o sottocrepitante), se il più spesso non fosse mascherato dai ronchi bronchiali.

Chi ascolta la prima volta riceve l'impressione come se il rantolo venga prodotto nella parte superiore della trachea, tanto è netto ed intenso. Il prof. Galvagni fin dalle sue prime pubblicazioni ha creduto che il rantolo orale provenisse da un punto leso dei bronchi e del polmone, poichè ha trovato molta simiglianza tra il fenomeno percepito dalla bocca e quello percepito sul petto (rantolo mucoso). L'unica differenza consisterebbe nel fatto che le bollicine del rantolo orale sono più numerose, più fini, a timbro più secco, più nettamente staccate l'una dall'altra e dotate di una tonalità più alta (Galvagni, Orlandi).

Ma il Galvagni osservò che, applicando lo stetoscopio sulla trachea, il rantolo si ascolta con minore intensità, e spesso, quando all'ascoltazione della bocca è poco intenso, non si ode per nulla.

Si è assicurato inoltre che il rantolo non giunge all'orecchio dalla trachea attraverso lo stetoscopio, bensì direttamente dalla bocca per l'aria esterna, poichè, facendo chiudere la bocca all'infermo, mentre si ascolta sulla trachea con lo stetoscopio, il rantolo non si ode più.

Ma perchè il rantolo orale si ascolta alla bocca più nettamente che sul petto? Perché all'ascoltazione di questo talvolta non odesi nulla o quasi, mentre alla ascoltazione della bocca si sente bene? Il prof. Galvagni ritiene che si tratti allora di una probabile sede centrale nei polmoni del punto affetto, da cui trae origine il rantolo, con uno strato di polmone permeabile all'aria tra esso punto e l'orecchio di chi ascolta; o che il rumore che si produce nel fondo dei condotti aerei, nel tradursi al di fuori per la via della bocca, incontra delle cavità, la faringea e l'orale, che possono per legge di consonanza rinforzarlo.

Il Guttmann però dice che, essendo perfettamente integro l'apparato respiratorio, si ascoltano per la bocca aperta dei rantoli sonori, che originano evidentemente dal moversi di un po' di muco della faringe o del laringe. Questi rantoli, scarsi, crepitanti, son prodotti dai movimenti della lingua e dalla deglutizione della saliva; essi poi compaiono irregolarmente e non seguono il ritmo respiratorio, mentre gli altri rantoli vengono uditi sempre nella medesima fase dell'atto respiratorio, di regola in fondo all'inspirazione (Galvagni).

Il rantolo orale si ascolta in parecchie malattie respiratorie, specie acute; e giova validamente alla diagnosi, perocchè spesso i rantoli mucosi sono poco o nulla percettibili sul petto. Nella tubercolosi incipiente, allorché mancano i soliti sintomi fisici, il Galvagni è riuscito a fare la diagnosi, che sarebbe stata impossibile con i comuni metodi d'indagine clinica.

In tre casi Galvagni e Monari hanno osservato l'*espirazione sistolica intercisa* mediante l'ascoltazione orale. Questo fenomeno non si può paragonare alla respirazione intercisa (*saccadèe*) del Laënnec, poiché in questa il fenomeno si ascolta solo nel torace, di preferenza nelle parti alte del petto, quasi esclusivamente nel solo atto inspiratorio e non ha alcun rapporto con il ritmo cardiaco. Non si può nemmeno paragonare con il respiro vescicolare sistolico del Wintrich, poichè, fatta anco astrazione dalla sede differente, trattasi di rinforzo, mentre nell'espirazione sistolica intercisa si tratta di una interruzione ritmica.

Il prof. Galvagni ha creduto che esistesse un rapporto tra il fenomeno in discorso e le pregresse pleuriti, ritenendo però necessaria, per la produzione del fenomeno, l'influenza dell'apparato cardiovascolare. Il Petteruti ha osservato in individui tubercolotici solo nelle porzioni superiori del torace sinistro, una forma di respiro che egli chiama espirazione sistolica; questo fenomeno offriva durante l'espirazione 1-2 interruzioni simili a quelle che nell'inspirazione si avvertono nel respiro interciso; le interruzioni erano perfettamente isocrone con il ritmo cardiaco, di guisa che ad ogni sistole corrispondeva un rumore, ad ogni diastole un'interruzione. Nei tre casi del Petteruti, capitati all'autopsia, non si riscontrarono lesioni cardiache o vasali permettenti di riferire ad essi il fenomeno; ma esistevano invece delle aderenze tra le due lamine pleurali. Secondo il Petteruti, allo stato normale, il grosso fascio vascolare subisce dei mutamenti di volume isocroni con il ritmo cardiaco, un ingrossamento, cioè, ad ogni sistole ed un rimpicciolimento ad ogni diastole del cuore. L'inverso avviene nel mediastino inferiore, per opera del cuore stesso. Tali mutamenti di volume debbono essere compensati dalle parti vicine, quindi ad ogni sistole cardiaca avverrà un rimpicciolimento delle parti del polmone addossate ai grossi vasi ed un ingrossamento di quelle addossate al cuore; l'inverso avviene nella diastole. Nello stato fisiologico codeste espansioni e schiacciamenti del polmone si propagano ad una grande estensione dell'organo stesso, e non sono congiunti a rumori speciali, mentre se il polmone in vicinanza dei grossi vasi si trova fissato per aderenze pleuriche, allora i movimenti non potranno diffondersi per una grande estensione, le parti vicine saranno energicamente compresse e dilatate, l'aria vi sarà costretta a muoversi con grande energia, quindi, applicando l'orecchio sulla parete toracica corrispondente, si dovranno percepire delle vibrazioni abbastanza forti. L'interesse clinico del fenomeno osservato dal Petteruti consiste nel fatto di averlo riscontrato nella regione sotto-claveare sinistra; di avere osservato il suo massimo d'intensità nel II° spazio intercostale, a circa cm. 2-3 dal margine dello sterno; di averlo riscontrato temporaneamente mentre contemporaneamente esistevano più o meno spiccati i segni di un'affezione tubercolare; di averlo osservato indifferentemente nei vari periodi della tubercolosi.

Tutte queste particolarità riferite dal Petteruti, concordano pienamente con quelle verificate dal Galvagni, fatta eccezione dalla sede differente di ascoltazione. È quasi certo, osserva l'Orlandi, che nei casi del Petteruti si sarebbe riscontrato il fenomeno alla bocca, se avesse usato tale mezzo di ricerca.

Rispetto all'importanza diagnostica del fenomeno acustico osservato da Galvagni e Petteruti, può dirsi che esso si riscontri in infermi di tisi pulmonare, e che costituisca quindi un criterio di più per la diagnosi di questa malattia. Ma il rapporto di tale fenomeno con la tubercolosi pulmonare non può essere diretto, poichè teoricamente il suo significato non è che quello di una aderenza pleurica, più o meno circoscritta, in vicinanza dei grossi vasi o del cuore. Si capisce quindi che, mentre le aderenze sono provocate spesso da pleuriti secondarie a processi tubercolari nei polmoni, non si può escludere la possibilità che la stessa condizione venga prodotta da pleuriti semplici adesive o da pleuriti di altra natura, differenti dalla tubercolare (Orlandi).

Però recentemente il Galvagni ha fatto sapere come in una ragazza di eccellenti condizioni generali, affetta da gastralgia di origine uterina, senza precedenti morbosi, senza segni funzionali e fisici dal lato del petto, rinvenne, ascoltando la bocca, una manifesta respirazione intercisa.

FORMULARIO

***Danlos.* — Iniezioni di calomelano**

Olio di vaselina	c. c. 1
Calomelano	ctgr. 5
Ortoformio	» 8

per una iniezione.

Per la somministrazione della teobromina

Teobromina	gr. 1
Fosfato di calcio	» 4,50
Bianco d'uovo	n. 1
Acqua distillata q. b. per	gr. 80

Da prendere in 2-4 volte nel latte caldo.

NOTIZIE E VARIETÀ

Una farmacia del XVII secolo

In seguito ad alcuni scavi, fatti a Parigi per la costruzione di una nuova strada, il dott. Toulouse ha potuto trovare gli elementi sufficienti per ricostituire un laboratorio farmaceutico del XVII secolo.

Vi si trovano dei curiosi recipienti del XIII secolo, rinforzati e protetti da rivestimenti di muratura in gesso, dei vasi, dei boccali portanti l'indicazione dei prodotti che racchiudevano, e che hanno dei nomi abbastanza bizzarri.

Cito ad esempio: Tintura di ciottoli; olio di mattoni; spirito di carta; sali di rospi; olio di vipera, ecc.

Quando i nostri pronipoti vorranno ricostruire le farmacie del secolo XIX quante ampolle si troveranno sulle quali sarà scritto: Acqua, acqua, acqua, acqua.....

Vaccinazione accidentale della vulva

L'anno scorso si parlò di un caso in cui marito e moglie erano stati accidentalmente vaccinati l'uno al pene, l'altra alla vulva, mentre il loro bambino aveva una eruzione vaccinale senza che si fosse potuto accertare il meccanismo di questa inoculazione.

Un altro caso curioso è stato ora riferito da Maillfert. Una donna a 26 anni, nel 7° mese di gravidanza presentava una notevole tumefazione al grande labro di sinistra, alla faccia interna del quale, sulla mucosa infiammata, spiccavano tre vescicole appiattite, e giallastre della grandezza di un fagginolo. Il piccolo labbro corrispondente tumefatto, portava pure una vescicola sul punto in cui essa era in contatto col grande labbro. L'ammalata aveva molta sete ma non febbre.

Questa donna avea leucorrea ed era abituata ad asciugarsi parecchie volte al giorno con un panno qualunque ed una volta l'aveva fatto con uno mal lavato con cui avea deterso le pustole di un suo bambino vaccinato di recente.

L'evoluzione dell'inoculazione non ebbe niente di anormale. Va notato che la donna era stata vaccinata con successo quattordici anni prima.

Pericoli delle lampade fumivore ed igieniche

Il prof. Bard riferisce alla Società delle scienze mediche di Lione alcune esperienze eseguite intorno ai pericoli delle lampade fumivore in seguito alla morte di un infermo affetto da gangrena polmonare, nella stanza del quale aveva fatto porre una di queste lampade dette igieniche, antisettiche, ozonatrici. Diciotto cavie esposte ai vapori di queste lampade morirono; all'autopsia si trovano lesioni di bronco-pneumonite e di bronchite capillare. La morte si spiega come prodotta da un'azione tossica ed asfittica dei vapori di queste lampade. Bisogna adunque bandirle dalla pratica essendo, come si vede, lungi dall'essere inoffensive.

Associazione Americana di elettro-terapia

L'associazione americana di elettroterapia terrà la sua 9ª riunione annuale a Washington, il 19-20-21 settembre 1899. Nel comitato si notano i nomi seguenti: F. B. Bishop, presidente; D. Percy Hickling, Chairman, Jos, Taber Johnson, G. Lloyd Magruder, Z. T. Sowers, Robert Reyburn, G. Betton Massey, Chas. R. Luce, Elmer Sothoron, Llwellyn Eliot, Clifton Mayfield.

Ermafroditismo e matrimonio

Berlthold esaminando la laringe di una donna, trovò le corde vocali nelle stesse condizioni di quelle dell'uomo adulto.

La donna era ermafrodita ed ora dopo otto anni ha chiesto la rettificazione del suo stato civile per essersi accoppiata con una donna.

GAZZETTINO

EDIMBURGO. *La cattedra di fisiologia.* — Il professore Schäfer è stato chiamato ad unanimità ad occupare la cattedra di fisiologia nell'Università di Edimburgo.

NEW-YORK. *Società medica italiana della città di New-York.*—Con questo titolo si è costituita una società specialmente per opera dei dottori Caselli a Pisani, Luzzatto, Aquaro e Corsiglia.

CONCORD. — Qui sarà tenuto il 31 maggio e 1° giugno 1900 il 108° congresso della New Hampshire medical Society.

NEW-ORLEANS. *Sieroterapia della lepra.* — Con iniezioni in giorni alterni di 1-11 cmc. di siero antileproso di Calmette, si sono avuti splendidi risultati in 5 casi.

BERLINO. *Ospedali delle compagnie d'assicurazione.*—Parecchie compagnie d'assicurazione si propongono di fondare degli ospedali per provvedere esse direttamente alla salute dei loro assicurati.

NEWPORT. *Una decisione per la pratica odontoiatrica.*—La Corte suprema ha deciso in una causa che il medico generico può occuparsi anche di cura di denti benchè non sia regolarmente iscritto per questa specialità.

BROOKLYN. *Dono all'ospedale.* — Maxmell ha regalato 10000 scellini e Long Island College Hospital.

NEW-YORK. *Dono all'ospedale.*—Russel Sorge ha regalato 50000 scellini all'ospedale delle donne.

SANTIAGO. *La febbre gialla.* — La febbre gialla decresce tra le truppe.

BALTIMORA. *Tubercolosi.* — La commissione di salute pubblica ha rilevato la proporzione di mor-

talità per tubercolosi nelle varie sezioni della città. La media più alta si è avuta nei quartieri popolari; ma bisogna tener conto che i tubercolotici ricchi spesso vanno a morire altrove.

CHICAGO. *Epidemia di tetano.* — Vi è stata in questi giorni una epidemia di tetano. In tre settimane si sono avuti 141 casi con 83 decessi. La sieroterapia ha dato risultati poco sodisfacenti; maggiori successi ha avuto il metodo Baccelli.

NEW-YORK. *XIII Congresso internazionale di medicina.* — Il dott. Jacobi è stato nominato presidente onorario del XIII congresso internazionale di medicina da tenersi a Parigi nel 1900.

PENNSYLVANIA. *All' Università.* — La Facoltà raccomanda l'elezione di James Tyson come professore di medicina; John H. Musser e Alfred Stengel come professori di clinica medica; Judson Daland, Howard Fussell, John K. Mitchell e F. A. Pachard come assistenti di medicina, e Gwilym G. Davis come assistente di anatomia applicata.

NEW-YORK. *Aria liquefatta.*—Nell' Ospedale civico si sono fatte delle esperienze con l' aria liquefatta, su ammalati erisipelatosi e ulcerosi, con risultati interessantissimi. Si badi che l' aria liquida non tocchi la cute sana degli erisipelatosi. Una sola applicazione basta per ottenere la guarigione. Per i casi d'ulcera, sono necessarie parecchie applicazioni. In tutti i casi ove l'aria liquida è stata applicata, il rimedio è stato infallibile. I medici credono che tale terapia si potrà anche applicare con successo alla lepra. Ce ne occuperemo prossimamente in modo amplo.

PORTORICO. *La vaccinazione obbligatoria.* — I nord-americani hanno dimostrato di recente a Portorico quanto più cura che non gli spagnuoli abbiano della salute pubblica. Un ordine del governatore militare dell'isola di Portorico, in data 18 marzo 1899, vi rende difatti obbligatoria la vaccinazione: chiunque non dimostrerà di essere stato vaccinato, non potrà essere ammesso nelle scuole, nè nelle vetture pubbliche, nè nei teatri, nè in altri luoghi pubblici e neppure potrà occupare una carica o un ufficio qualsiasi che lo metta in rapporto col pubblico.

BOSTON. *Proibizione di sputare nelle vie.*—L'ufficio di Sanità di Boston ha pubblicato un avviso per il quale è formalmente vietato di sputare sui marciapiedi, nelle sale di aspetto, nei vagoni, nei tram etc., sotto pena di una multa di 500 franchi.

LIBRI NUOVI

Libri pervenuti in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

Libri editi
dalla casa dottor Francesco Vallardi di Milano

A. CANTANI e E. MARAGLIANO. **Trattato italiano di patologia e terapia medica.**

Sono pubblicati i fascicoli 200 a 215. Nei fascicoli 200 e 201 il prof. Maragliano tratta delle malattie da lesioni del circolo polmonare e dei suoi vasi.

Nei fasc. 202 e 203 il prof. Riva continua a trattare le malattie della pleura, poi in appendice enumera i vari mezzi che aiutano l'esplorazione della pleura e infine dà un cenno storico sulle pleuriti.

Seguono gli indici dei volumi I parte II e IV, Volume II, parte I, Volume IV parte I, Volume V, parte I e IV.

Contengono rispettivamente: Vol. I parte 2ª, peste, parotide epidemica e febbre gialla. (G. B. Queirolo) vaiolo (G. B. Bassi e E. Galvagni), eresipela (G. Zagari), scarlattina, morbillo e rosolia. (G. B. Queirolo), carbonchio, rabbia e morva (G. Zagari) e actinomicosi con speciale riguardo alla forma polmonare (V. Liebman).

Vol. I parte VI: Avvelenamenti, febbre itteroematurica (Tomaselli).

Vol. II p. I: patologia generale del sistema nervoso (S. Silva) e l'indice della terapia generale del sistema nervoso (S. Personali).

Vol. V parte IV: malattie del fegato e delle vie biliari (V. Patella).

Vol. V parte I: malattie della cavità boccale e delle glandole salivali. (P. M. Giuria) angina di Ludwig (A. Trifiletti) malattie dell'istmo delle fauci (F. Massei) malattie dell'esofago (R. Feletti) e malattie dello stomaco (A. Ferrannini).

Volume IV parte I: gotta, rachitide ossaluria (N. De Dominicis) diabete mellito (A. Cantani a cura di N. De Dominicis) diabete insipido e polisarcia. (N. De Dominicis).

I fascicoli 208 e 209 contengono la trattazione del tetano (G. D'Abundo) e della tosse convulsiva L. Concetti) e incomincia la trattazione del colera (E. Maragliano e T. Zaeslen).

I fasc. 210 e 211 contengono la trattazione delle malattie della sostanza del midollo spinale (F. Vizioli).

I fasc. 212 e 213 contengono il seguito della trattazione del colera (E. Maragliano e T. Zaeslein).

I fasc. 214 e 215 contengono la trattazione della lepra (A. Calabrese).

CONCORSI E CONDOTTE

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a piena cura per la frazione di Pereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Cutigliano. (Firenze). Medico-chirurgo condotto per le frazioni di Cutigliano, Pian degli Ontani, Piana Sinatico, Boscolungo Rivoreta e Melo (popolazione complessiva 3013 abitanti). Annuo assegno L. 2200 più L. 100 per la mansione di ufficiale sanitario. Scadenza 31 agosto.

S. Stefano. (Napoli). Sanitario per l'ergastolo ed il distaccamento militare. Stipendio annuo L. 2200 più L. 150-200 per indennità di residenza. Scadenza 31 agosto.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

GLI STREPTOCOCCHI NELL'ETIOLOGIA DELLE ANGINE

Gettando uno sguardo sulle pubblicazioni che hanno per oggetto la ricerca dei batterii della cavità orale, si scorge che ai primi investigatori non erano noti gli streptococchi quali abitatori della cavità orale. Questi vennero trovati prima da Biondi nella saliva d'individui affetti da gravi affezioni della cavità orale, poscia da Black sulla mucosa orale d'individui sani. Netter trovò lo streptococco piogene nella saliva normale nel 5,5 0[0 dei casi da lui esaminati, altri autori lo constatarono con una frequenza maggiore, così Dörnberger nel 45 0[0 sulle tonsille sane. Widal e Bezançon credono ch'essi si trovano sempre sulle tonsille normali, però gli streptococchi da loro coltivati non erano patogeni. Veillon è dell'opinione, che gli streptococchi che si trovano costantemente nella bocca appartengono alla specie dello *streptococcus brevis* e rappresentano saprofiti innocui, che si differenziano con sicurezza dallo *streptococcus pyogenes* per mezzo dei processi culturali. Quest' ultima opinione è patrocinata nel trattato di Flügge, mentre altri autori ammettono l'occorrere di streptococchi virulenti nella cavità orale sana, pur differendo considerevolmente fra loro sulla frequenza di questo reperto. Hilbert s'occupa recentemente di quest'argomento. Egli accetta la divisione di Behring e di von Lingelsheim in streptococchi lunghi e brevi e, giacchè questi autori attribuiscono un'importanza patologica soltanto agli streptococchi formanti lunghe càtene, egli ha cercato di stabilire con quale frequenza si trova lo *streptococcus longus* sulle tonsille sane. Adoperò le culture in brodo, considerando come *streptococcus brevis* tutte le catene composte al massimo di 10 elementi e come *streptococcus longus* quelle composte di più di 10 elementi. Di quest'ultime, designa le catene che risultano di 10-20 elementi come di media lunghezza, quelle composte di più di 20 elementi come molto lunghe. In primo luogo esaminò il muco tonsillare di 50 pazienti dell'età di 1 a 60 anni (per la maggior parte però giovani e bambini), affetti dalle malattie più disparate; pure vennero scelti infermi non febbricitanti, nei quali le tonsille e la cavità orale non presentavano fatti flogistici di sorta, ma si comportavano normalmente. In tutti i casi si trovarono streptococchi appartenenti alla specie lunga. Ma, potendosi sempre obbiettare contro una generalizzazione del reperto che tutti gl'individui esaminati erano degli ammalati, Hilbert risolse di sottoporre a tale ricerca e nella stessa guisa un gran numero di fanciulli perfettamente sani cioè 50 scolare dell'età da 8 ad 11 anni. In tutti i casi si trovarono sulle tonsille streptococchi formanti lunghe catene, ed invero 41 volte molto lunghe, 9 volte di media lunghezza.

S'ha quindi la dimostrazione che in 100 individui senza eccezione alcuna erano presenti sulle tonsille sane cocchi formanti lunghe catene, quindi i dati degli autori debbono venire modificati, rispettivamente completati nel senso che lo streptococco lungo deve considerarsi quale abitatore ordinario delle tonsille normali.

Restava a dimostrare se gli streptococchi che dimorano sulle tonsille normali possono differenziarsi per caratteri culturali o biologici costanti da quelli delle tonsille infiammate. All'uopo Hilbert istituì delle ricerche su 10 casi di malattie delle tonsille, dei quali 6 casi di difterite, 3 d'angine senza bacilli di Löffler ed uno d'angina scarlattinosa, comparandone i risultati con quelli ottenuti in 10 delle prime 50 ricerche. Da queste ricerche comparative seguì, che gli streptococchi coltivati dalle tonsille normali ed infiammate non dimostrano differenze di sorta nè fra i caratteri delle culture, nè per riguardo alla virulenza, le quali giustifichino una distinzione in diverse specie. Hilbert viene quindi alla conchiusione ch'essi appartengono alla stessa specie, che sono identici.

Resta a discutere la questione, se gli streptococchi, che nell'infiammazione delle tonsille si trovano nel muco tonsillare, rispettivamente nelle pseudo-membrane, debbano considerarsi come gli agenti patogeni di queste dette malattie. Mentre prima per la produzione delle angine si rendevano responsabili influenze raffreddanti, oggi s' ha tendenza a racchiudere le infiammazioni tonsillari acute nel dominio delle malattie infettive. E parecchie ragioni parlano in favore di quest'ipotesi, così il frequente occorrere delle angine quali fenomeni parziali d'alcune malattie contagiose, ma specialmente le osservazioni non dubbie di trasporto di infiammazioni acute delle tonsille su diversi membri della stessa famiglia (così delle epidemie familiari) e la comparsa occasionalmente epidemica. La scoperta di batterii patogeni negli essudati degli organi ammalati fu d'appoggio evidente a questo modo di vedere

e condusse facilmente a considerare i microorganismi trovati quali agenti della malattia. Le opinioni dei singoli autori variano però considerevolmente su questo riguardo. Così mentre Kurtz non ritiene giustificato di considerarli come la causa, Sendtner li ritiene per gli agenti morbosi e lascia solo in dubbio se lo streptococco piogene sia l'agente esclusivo dell'angina follicolare.

Sallard e Dörnberger si pronunziano molto cautamente. Veillon ritiene per differenti gli streptococchi occorrenti nella bocca normale o nell'angina, corrispondendo i primi allo streptococco breve ed essendo identici i secondi collo streptococco piogene. Egli vede in quest'ultimo l'agente delle angine. Chaillon e Martin distinguono cinque forme diverse di infiammazioni tonsillari secondo il reperto batteriologico, cioè l'angina a cocchi, a pneumococchi, a stafilococchi, a bacilli coliformi ed a streptococchi e Lemoine mette le angine nella classe delle malattie da streptococchi, collo stesso diritto dell'eresipela e della febbre puerperale. Widal e Bezançon studiarono i caratteri morfologici e biologici degli streptococchi e constatarono che tutti i segni differenziali addotti fra gli streptococchi di diversa provenienza sono fallaci. Trovandosi essi regolarmente sulle tonsille sane ed ammalate, il loro reperto nell' esame batteriologico dei depositi tonsillari non può dare alcun contrassegno diagnostico.

Volendo fare il tentativo in base a quest'esposizione ed agli esperimenti proprii e con considerazione dell'esperienza clinica, di emettere un giudizio sull'etiologia delle infiammazioni tonsillari acute, bisogna in prima linea separare nettamente l'uno dall'altro due gruppi: 1) Uno che abbraccia i casi che s'hanno in conseguenza di morbi infettivi acuti, 2) l'altro che comprende le infiammazioni tonsillari che rappresentano una malattia autonoma.

I casi del 1° gruppo sono o il sintoma principale d'una malattia contagiosa, come nella difterite, ovvero appartengono ai sintomi iniziali d'essa, come le angine da morbillo, nella scarlattina, nell'influenza, nel reumatismo articolare, nella sifilide ecc., tutte queste sono prodotte dal virus specifico che produce la malattia fondamentale, ed in numerosi casi utilizza probabilmente le tonsille come porta d' ingresso. Non è quindi plausibile, per le angine occorrenti nei morbi infettivi sunnominati, di rendere responsabili altri microbi.

La considerazione clinica dell'infiammazioni tonsillari primarie insegna ch' esse dal punto di vista etiologico debbono distinguersi in due sottogruppi. Per il primo, la causa deve ricercarsi in influenze fisiche od analoghe, specialmente nei cosidetti raffreddamenti, per il secondo deve ammettersi il trasporto da altri individui ammalati, l'infezione. Che i raffreddori producano delle angine, è dimostrato da migliaia d'esperienze, ma è dimostrato anche da numerose esperienze cliniche che l'infiammazioni tonsillari possono aversi per contagio. La sindrome clinica può presentare differenze rilevanti nelle due specie nei singoli casi; l'origine infettiva sembra che si sia osservata con frequenza speciale nell'angina lacunare o follicolare. Per le forme infettive bisogna in ogni caso supporre l'esistenza d'un agente morboso specifico, le altre vengono considerate oggi da parecchi autori quali auto-infezioni coi batterii patogeni orali, nelle quali il raffreddore rappresenta il momento occasionale.

In favore dell' ipotesi che gli streptococchi siano gli agenti dell'angina, nulla depone oltre la loro presenza, e questa non ha alcun significato, essendo anche un reperto costante nei sani. Bisogna quindi conchiudere che non è da nulla dimostrato che agli streptococchi si debba attribuire un'importanza etiologica per le infiammazioni tonsillari infettive, anzi dalle ricerche suesposte risulta improbabile in alto grado ch' essi ne siano gli agenti. Lo stesso vale anche per gli stafilococchi, i pneumococchi e gli altri batterii che qui possono venire in considerazione. Se questi organismi spiegano un'azione nelle angine, essa è sempre di natura secondaria, appunto come quella degli streptococchi nella difterite, producendo essi colla loro proliferazione sulle tonsille infiammate delle membrane o altre lesioni locali, cagionando suppurazioni nelle cripte o penetrando in profondità e dando quindi origine a gravi complicazioni.

LETTERATURA

Biondi. Die pathog. Mikroorg. des Speichels. *Zeits. f. Hyg. u. Infectionsk.* 1887, Bd. 2.—Black. *Independent Practitioner,* 1887, N. 8. — Netter. Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains. *Revue d'hygiène*, 1889, 11.—Dörnberger. Ueber das Vorkommen der streptokokken in der normalen und kranken Mundhöhle des kindes. *Jahrb. f. Kinderheilk.* n. 7, 1893, vol. 35. —Widal e Bezançon. Les streptocoques de la bouche normale et pathol. *Revue trimestrelle suisse d' odontol.* 1894. — Veillon. Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aigues non diphtèriques. *Thèse, Paris,* 1894. — Lingelsheim. Experim. Unversuch. über morphol. cult. u. pathog. Eigens. verschiedenen Streptokokken in *Behring's Gesammtten Abhandl. zur. ätiol. Ther. von ansteckend. Krankh.* — Chaillou e Martin. Etude clinique et bactériol. sur la diphtérie. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, vol. 8. — Lemoine. Contribut. a l'étude bactér. des ang. non diphtèr. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895, vol. 9. —Hilbert. *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankh.*, vol. 31, H. 3, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo
diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Càllari, interno ordinario

(*Cont. V. num. prec.*)

II. — *Sieroterapia artificiale* (*sue applicazioni, meccanismo d'azione, sieri adoperati*).

Accennata così l'ipotesi sulla origine autotossica di alcune dermatosi per spiegare il perchè delle nostre esperienze, credo necessario dare uno sguardo alle applicazioni che la sieroterapia artificiale ha avuto fin'oggi.

Una vasta ed importante rassegna dalla quale non posso allontanarmi e che mi riesce di grande ausilio, l'ha fatta il Dottor Luigi Ferrannini nella *Riforma Medica*, dal titolo: « Le iniezioni saline in terapia » e, col permesso dell'autore la riporto quasi per intero.

Il primo che tentò questo metodo di cura a fine di diluire il sangue nel periodo algido del *colera*, pare sia stato l'Hermann nel 1830 e Joehrichen di Mosca, praticò le prime iniezioni.

In seguito Thomas Latta, Magendie, Duchaussoy, Colson, Hérard e Oulmont, Lorain, Luton ed altri, iniettarono soluzioni di cloruro di sodio nei colerosi e nel 1873 Dujardin-Beaumetz diede le regole più esatte per la cura di questa infezione.

Jolyet e Lafont (1878) le adoperarono nell'anemia, Kranecker e Sander (1879) nelle emorragie mortali; Sahli (1890) in diverse infezioni ed intossicazioni.

In tutte le emorragie dànno buoni risultati elevando la pressione sanguigna e sollevando lo stato generale. Nelle infezioni chirurgiche e puerperali oltre che rialzare la pressione sanguigna agiscono favorendo la diuresi e la diaforesi forse meglio che la balneoterapia.

Ma è nelle infezioni mediche e nelle intossicazioni ch' esse dimostrano un' azione terapeutica esercitando una vera lavanda del sangue per asportarne tutti i principi deleteri.

Lejars, Michaux, Berrin, Auge, Tuffier, Duret, Bertin, Bosc e Vedel l'hanno usato con risultati favorevoli nella setticemia; Sapelier nel tifo, specie se complicato ad emorragie, Bosc e Vedel nella setticemia per mezzo di iniezioni endovenose e così pure nella diarrea e nel colera infantile ma per via sottocutanea.

Dalchi, in due casi d'endocardite ulcerosa in cui aveva iniettato per 5 giorni di seguito un litro di soluzione salina, ebbe risultati ottimi.

Bassi, Legnani, Galvagni, Pellegrini raccomandano questo metodo nella pulmonite; il Delber nella pielite, Fourmeaux nell'ittero grave, Lemoine e Bosc nella nefrite a frigore e in quella parenchimatosa; Bosc Proben, Merlin, Porak nella uremia; Brodier, Huely, Berymann, Fräntzel nell'intossicazione per ossido di carbonio, Vedel nella tossiemia da colibacillo; Delcarde nella colica saturnina; Landouzy nell'avvelenamento per acido fenico; Reilly nello alcoolismo e nell'avvelenamento per arsenico; Delamare nell'avvelenamento per funghi; Lépine nel coma diabetico; Fiocco in un caso di mercurialismo acuto; Chassemont nell'avvelenamento per stricnina.

Finalmente vengono i lavori del Tommasoli come applicazione del metodo nelle dermatosi autotossiche e tossiche e come metodo per scongiurare la morte nelle scottature.

Di queste note preventive fatte dal Tommasoli è d'uopo ch'io parli.

Come ho già detto nel preambolo del presente lavoro, il Tommasoli comunicava al Congresso dermatologico di Londra il suo metodo applicato nelle dermatosi autotossiche e tossiche e poco dopo nelle scottature. Nel primo lavoro egli dice che la sua teoria è da molti accettata, non è però aumentato il patrimonio delle nozioni positive da cui questa teoria aspetta fondamento e sviluppo. E, rompendo gl' indugi, si fa lecito di intraprendere delle esperienze brute nella speranza di portar qualche contributo per avvalorare la sua ipotesi.

E' noto difatti come si possono introdurre nell'organismo umano col mezzo di iniezioni endovenose, ipodermiche etc..., grandi quantità di siero artificiale. Sappiamo qual'è il loro meccanismo d'azione. C'era quindi da supporre e da sperare che tali iniezioni potessero riuscire efficaci, laddove molteplici funzioni della nutrizione sono o rallentate o perturbate o dove il sangue o i tessuti siano inquinati da una delle tante possibili intossicazioni.

In base a queste considerazioni avvia le sue prime esperienze contro dermatosi autotossiche o contro dermatosi da intossicazione per infe-

zioni croniche. Le sue esperienze rimontano al 1893. Parla di 20 e più casi trattati con questo metodo (eczema umido e secco 6 , *lichen planus* : 2) ed altri casi di ittiosi, follicolite diffusa, condilomatosi pemfigoide (pemfigo vegetante di N e u m a n n), micosi fungoide, *lupus*, scrofuloderma, *lichen scrophulosorum*, sifilide recente, prurito senile, prurigo diatesico.

Conchiude la sua comunicazione così :

« Quando l'ematologia, l'urologia e l'istobio-
« chimica , ecc.... ci avranno fornito nuovi
« dati per questo complesso problema; quando
« sapremo a mo' d'esempio in maniera defi-
« nitiva quali sono le origini, quale l'essenza
« della diatesi urica e come dalla diatesi urica
« possano derivare tante diverse dermatosi;
« quando sapremo altrettanto della glicemia,
« della cloroemia, colemia, oligoemia etc....,
« allora queste iniezioni o lavaggi oltre che
« rispondere ai criteri sommarii, grossolani,
« bruti dai quali egli ha dovuto unicamente
« lasciarsi guidare, potranno anche servire ad
« indicazioni precise di una cura diretta da
« farsi contro questa o quella intossicazione ».

Al 1897 nella *Riforma Medica* parla di talune esperienze eseguite dal Dottor A z z a r e l l o nei casi di scottature gravi sia per ispiegare la patogenesi della morte che per esse spesso interviene, che per scongiurarla col metodo dei lavaggi rilasciando il diritto di pubblicazione *per extenso* a chi dei suoi assistenti era stato incaricato di tali esperienze.

Il Dottor A z z a r e l l o al 1898 pubblica il suo lavoro e conclude in primo luogo che la morte nelle scottature si avvera per una intossicazione prodotta da una ptomaina, la quale formatasi nel punto della lesione, viene assorbita, e messo in circolo. Parecchi animali inoculati con detriti da ustione morirono difatti. Altri animali sottoposti ai lavaggi, dopo scottature, furono salvati.

Egli conclude infine che i lavaggi nelle scottature hanno un'importanza rilevante attivando la eliminazione delle sostanze tossiche. Prima di venire al metodo che noi abbiamo seguito per praticare i lavaggi dell'organismo, prima di enumerare i sieri che noi abbiamo adoperato e quali le malattie nelle quali abbiamo esperimentato, diamo uno sguardo alle formole più comuni di sieri adoperati fin qui da altri autori, ed alle cognizioni generali sul meccanismo d'azione di questi lavacri come alle dosi ed alle vie d'introduzione delle soluzioni saline.

(*Sieri*) L u t o n: Acqua dist. e steril. gr. 100, fosf. di soda gr. 5, solf. di soda gr. 10.

H a y e m: Acqua dist. e steril. gr. 1000, cloruro di sodio gr. 5, solfato di soda gr. 10.

C r o c q: Acqua dist. e steril. gr. 100, fosfato di soda gr. 2.

T r i o l l e t: Acqua dist. e steril. gr. 1000, cloruro di sodio gr. 7.

C a n t a n i: Acqua dist. e steril. gr. 100, cloruro di sodio gr. 4, carb. di soda gr. 2.

L e c l e r c: Acqua dist. e steril. gr. 100, cloruro di sodio gr. 4, fosf. di soda cg. 50, solf. di soda centigr. 50.

C h é r o n: Acqua distill. e steril. gr. 100, cloruro di sodio gr. 2, fosfato di soda gr. 4, solf. di soda gr. 8, acido fenico gr. 1.

L a t t a: Acqua distill. e steril. gr. 3400, cloruro di sodio gr. 3-5, sottoc. di soda gr. 1.70.

K r o n e c k e r: Acqua dist. e steril. gr. 1000, clor. di sodio gr. 6-7 1|2, carb. soda cg. 10.

S c h w a r t z: acqua dist. e steril. gr. 1000, clor. di sodio gr. 6, soda e potassa in soluzione gr. 2.

H é r a r d: Acqua dist. e steril. gr. 1000, clor. sodio gr. 4.50, fosfato di soda gr. 1.25 clorato di soda centigr. 50, cloruro di potas. centigr. 25.

D u j a r d i n: Acqua dist. e steril, gr. 1000, clor. di sodio gr. 3.10, fosf. soda cg. 50, carb. di soda gr. 1, lattato soda gr. 1, solfato di potassio gr. 1.

S a p e l i e r: acqua dist. e steril. gr. 900, clor. di sodio gr. 60, fosf. di soda gr. 4.50, carb. soda gr. 32, cloruro potas. gr. 5, solf. pot. gr. 3.50.

S y d m a n n: acqua dist. e steril. gr. 1000, clor. di sodio gr. 6, bicarb. soda gr. 1.

M a t h i e u: acqua dist. e steril. gr. 100, clor. di sodio gr. 1, fosf. soda gr. 4, solf. di soda gr. 6, glicerina cmc. 20.

H u c h a r d: acqua dist. e steril. gr. 100, clor. di sodio gr. 5, fosf. soda gr. 10, solf. di soda gr. 2.50

D e R e n z i: acqua dist. e ster. gr. 1000, clor. sodio gr. 6, joduro di potassio gr. 3, iodio puro gr. 1.

J o l y e t: acqua distil. e steril. gr. 1000. cloruro di sodio gr. 5.

S a m u e l: acqua distil. e steril. gr. 1000, cloruro di sodio gr. 7, carb. di soda gr. 1.

Relativamente al meccanismo d'azione di

queste soluzioni saline nell' organismo umano varie sono le ipotesi, tutte buone isolatamente, considerate, come tutte ottime fuse insieme.

Il Claisse attribuisce al siero artificiale l'aumento dell'attività fagocitaria dei leucociti; Garnier-Lambert un aumento delle ossidazioni in genere; Tuffier un aumento della pressione sanguigna; Lépine una eccitazione degli organi ematopoietici per cui si formano nuovi fagociti atti a continuare la lotta contro l'invasione dell' osmosi e quindi fenomeni di dialisi, per cui si avrebbe una specie di filtrazione organica propria ad attenuare la virulenza delle tossine; Hayem paragona l'azione del siero artificiale a quella dei sieri antitossici per cui esso agirebbe sul sangue e quindi su tutti gli elementi anatomici.

Il Ferrannini nel lavoro già citato conclude che nel meccanismo d'azione del siero artificiale v'ha gran parte l'elevazione della pressione sanguigna, l'attivazione dell'ematopoiesi, la diluizione delle tossine ed una iperattività delle funzioni eliminatrici ch' egli chiama iperattività autocurativa.

Dai lavori precedentemente citati si possono trarre delle conclusioni intorno alle indicazioni del metodo ed al loro meccanismo d'azione. In tutti i casi le iniezioni vanno fatte al più presto possibile e quelle successive trovano la loro indicazione nella reazione prodotta dalla prima, come nelle modificazioni dei sintomi morbosi. Se la reazione è stata leggiera, ciò impone l' urgenza di una nuova iniezione.

In pratica abbiamo delle iniezioni a dosi minime e delle iniezioni a dosi massime.

Le prime sono di 1-10 gr. ogni 2-7 giorni, le altre, di centinaia di grammi (Landouzy).

La cute dell'addome è la sede preferita per l'iniezione.

Le dosi piccole sono indicate come medicatura ricostituente e in tutti gli stati anemico-cachettici primitivi o secondari. Esse elevano la tensione vasale, sollevano lo stato generale, l'attività cerebrale, riescono cioè dinamogene. Le dosi massime sono indicate in tutti i casi in cui occorre provvedere alla diminuita tensione vasale, con le sue conseguenze ed alle discrasie umorali.

Le vie d' introduzione di questi sieri nell'organismo sono: la via ipodermica, l' endovenosa, la sierosa, l'intestinale.

La via ipodermica è la più preferita e meno scevra di pericoli. La endovenosa, scelta per la prima da Hueter e Roux, è da preferirsi nei casi in cui si voglia una reazione rapida ed energica e quando nessuna alterazione cardio-vascolare la controindichi. Richiede però molte cautele antisettiche e non è scevra di pericoli. Le vene scelte sono: la mediana basilica del braccio o la safena interna a livello del malleolo.

La iniezione per via sierosa, che va praticata facendo un'incisione lungo la linea alba al disopra dell' ombelico è un metodo scelto per la prima volta da Pontick al 1879 e seguito poi da Bizzozero, Foà, Golgi, Pellacani, etc.... ed ora è quasi abbandonato.

La via intestinale è da preferirsi per quei casi in cui bisogna affidare alle famiglie l'uso delle soluzioni alcaline. La mucosa intestinale difatti gode di un grande potere di assorbimento. Si possono così iniettare fino a 4-5 litri nelle 24 ore.

Nei nostri infermi per praticare i lavaggi abbiamo fatto uso dell'apparecchio aspiratore Potain, essendo munito nel corpo di pompa di un sistema di valvole speciali da permettere invece l'introduzione di un qualsiasi liquido.

La sede scelta per le iniezioni è stata di preferenza la regione scapolare. In parecchi casi o perchè questa regione era molto dolente per le pregresse iniezioni, o per condizioni speciali relative alla distribuzione della dermatosi sull'ambito cutaneo o per altre ragioni ancora abbiamo scelto le regioni lombari o i glutei e talvolta anche la superficie esterna delle braccia. In talune donne scottate abbiamo preferito la regione retromammaria perchè adatta allo assorbimento di grandi quantità di liquido.

Gli aghi scelti sono sempre stati lunghi e non molto sottili. La bottiglia contenente il siero, i tubi di gomma, gli aghi furono sempre sterilizzati alla bollitura.

La sede scelta per le iniezioni veniva lavata prima con acqua e sapone, poi con sublimato all' 1 0[00 e finalmente con etere.

In pochi casi si è ricorso alla anestesia locale con etere per diminuire il dolore prodotto dalla puntura. Durante l'introduzione del siero per agevolare lo spandimento del liquido ed un più facile assorbimento dello stesso, veniva praticato il massaggio. L' assorbimento completo del liquido avviene in media dopo due ore circa dalla iniezione.

Vedremo dopo l'esposizione dei casi gli effetti immediati e lontani del siero sia localmente che in generale.

I sieri che noi abbiamo adoperati e ch' io segno coi n. 1, 2, 3 etc... per evitare di ripetere caso per caso la costituzione di quello usato, sono stati i seguenti:

Siero N. 1 — Cloruro di sodio . . gr. 10-20
Bicarbonato di soda . » 5
Acqua distil. e steriliz. » 1000
(Bollire e filtrare)

Siero N. 2 — Cloruro di sodio . . » 10
Solfato di soda . . , » 5
Bicarbonato di soda . » 3
Acqua distil. e steriliz. » 1000
(Bollire e filtrare).

Siero N. 3 — Cloruro di sodio . . » 7-5
Bicarbonato di soda . » 5
Acqua distil. e steriliz. » 1000
(Bollire e filtrare).

Siero N. 4 — Acqua Hunyadi-Janos (Bollire e filtrare).

Abbiamo adoperato quest'acqua potendo anch'essa chiamarsi siero artificiale per la sua composizione chimica.

Siero N. 5 — Siero artificiale n. 1 . » 1000
Arseniato di soda mmg. 5-10

Siero N. 6 — Siero artificiale n. 1 » 1000
Ginocardato di soda . » 2 3

Siero N. 7 — Siero artificiale N. 1 , » 1000
Soluzione arsenicale di Fowler gocce X.

In un sol caso di sarcomatosi si usarono fino a C. gocce per 0|00 di soluz. arsenicale.

Siero N. 8 — Siero artificiale n. 1. » 1000
Ergotina . . . ctg. 10
Arseniato di soda » 1

Il siero da noi più adoperato è stato il siero n. 1.

Le dosi massime nei sieri 1, 2, 3, 4 sono arrivate fino ai 500 grammi per volta e fino a grammi 1500 per il siero n. 1 in 24 ore (scottature).

Le dosi massime dei sieri 5, 6, 7, 8 sono variate dai 200 ai 300 gr. per volta.

Le dosi minime in generale sono state di 25 grammi nei primi giorni di cura salendo rapidamente ad una maggiore quantità di grammi 100 in media.

Le malattie nelle quali noi abbiamo applicato il metodo dei lavacri dell'organismo sono state le seguenti:

Psoriasi: Casi 10 (un caso complicato ad *eritrodermia secondaria*):—*Eczemi*: 8 (un caso complicato ad *acne rosacea*). — *Prurigo e pruriti*: Casi 5. — *Lichen planus*: Casi 4 — *Sarcomatosi*: Casi 3.—*Lupus ulcerativo*: Casi 4.— *Scrofuloderma:* Casi 1 (complicato a *lichen scrophulos.*).—*Micosi fungoide:* Casi 2.—*Carcinoma ulcerato*: Casi 1.—*Follicolite diffusa*: Caso 1.—*Ittiosi*: Casi 1.—*Pemfigo vegetante* Casi 1.— *Sifilide recente*: Casi 2.—*Lepra tuberosa*: Casi 1. Totale N. 44.

Come accennò il Tommasoli nella sua nota sulla applicazione del metodo nelle scottature, oltre ai due scottati da lui menzionati altri ne abbiamo avuto in Clinica. In riguardo a questa serie di esperienze mi limiterò solo a riferire sommariamente due parole di storia clinica e gli esiti avuti, senza entrare in discussioni sul meccanismo d'azione del siero adoperato volendo ancor meglio studiare un argomento tanto interessante dal lato pratico più che dal lato scientifico. E questo studio va maggiormente fatto in riguardo alla qualità, costituzione e quantità del siero da adoperare, avendo fin'ora solo adoperato il siero N. 1 per combattere i gravi fenomeni generali. Io penso infatti di adoperare il siero N. 1 associato ai sali di chinina, al salicilato di soda allo scopo di riparare ai disturbi della temperatura, di conferire all' organismo una maggiore resistenza, e di attivare ancor più la eliminazione delle tossine.

Gli scottati fin qui trattati col siero N. 1 sono stati in N. di 16 che uniti ai primi 44 formano la cifra complessiva di 60 casi trattati col metodo descritto.

(continua)

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V.° CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA

tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899.

IV

Sabrazès (correlatore). **Leucemia e adenia.** — Comincia col fare la storia della leucemia e delle diverse classificazioni fatte, per venire a quella che ritiene la migliore, cioé egli distingue due specie di leucemia: 1. La leucemia mielogena, o mielocitaria o mieloleucocitaria, dovuta ad una ipertrofia mieloide della midolla ossea, con istato mieloide del sangue e dei diversi organi, tra cui la milza figura in primo luogo. 2. La leucemia linfatica o linfocitaria, o linfocitemia, dovuta ad una trasformazione linfoide dei territori ematopoietici e delle altre parti dell'organismo e ad un aumento considerevole dei linfotici nel sangue. Questa forma si

suddivide in α) Linfocitemia acuta, β) linfocitemia cronica.

Per caratterizzare un caso di leucemia gli si darà il qualificativo alla varietà a cui appartiene e si designeranno, dice Ehrlich, con perifrasi, le localizzazioni cliniche preesistenti: leucemia linfatica o linfocitemia (a decorso acuto o cronico), con partecipazione del fegato o della milza; leucemia mielocitaria con partecipazione della milza e dei gangli linfatici.

La mielocitemia si manifesta indipendentemente dall'accrescimento quasi sempre elevato del numero dei globuli bianchi (in media 200000-600000), colle seguenti anomalie istologiche del sangue, stabilite da Ehrlich: 1. Presenza di mielociti neutrofili, e di mielociti eosinofili, cellule che normalmente si trovano nella midolla ossea. 2. All'aumento dei globuli bianchi nel sangue partecipano i tre tipi di cellule contenenti delle granulazioni neutrofile, eosinofile, e *mastzellen*. 3. Si hanno anche delle cellule atipiche, nane e giganti, come pure dei globuli bianchi in cariocinesi. 4. Il sangue contiene sempre dei globuli rossi nucleati, sovente in gran numero e si hanno inoltre delle stigmate di un anemia profonda, il sangue dei leucemici disseccato lascia precipitare i cristalli di Charcot-Robin in gran numero a dimensione ineguali. La leucemia mielogena si esplica adunque, con uno stato mielemico del sangue; se tale stato dipenda da una emigrazione attiva della midolla o da una attrazione chemiotassica particolare non si sa. La leucemia mielogena insorge in modo insidioso, ora con segni di anemia e di debolezza generale, ora con una gengivite emorragica, ora con un gonfiore dello addome con dolore all'ipocondrio sinistro. L'appetito diminuisce, l'ammalato comincia ad avere una tinta cerea, la milza aumenta di volume, i gangli si ipertrofizzano, senza tendere alla suppurazione. Spesso si hanno dolori ossei, dovuti alla lesione della midolla dell'osso.

Si ha tendenza alle emorraggie, uricemia, talora albuminuria.

La durata media della malattia è da due a quattro anni. La terapia fa ben poco.

L'arsenico, la chinina, il fosforo, la spermina di Poehl, l'estratto tiroideo, l'opoterapia splenica, e midollare, il trattamento salino, sembrano modificare in modo passeggero l'evoluzione della malattia.

Linfocitomia acuta e cronica. — La forma acuta è caratterizzata dalla invasione brusca, dalla gravità dei fenomeni morbosi iniziali e dalla rapidità estrema della sua evoluzione che termina colla morte in poche settimane.

Si osserva in tutte le età. Compare senza causa alcuna, sia nel corso di malattie infettive, che in istati anemici etc.

S'inizia con un senso di lassezza generale, dolori vaghi alle articolazioni, splenomegalia, disfagia, brividi, vertigini, palpitazione, ed emorragie cutanee mucose e viscerali. Queste emorragie non mancano mai, interessano specie le mucose gengivali, boccali, faringee, nasali, intestinali e vescicali. Si nota un anemia crescente, ipertrofia dei gangli, ipertermia (40°). La morte sopravviene nel delirio e nel coma. Clinicamente la leucemia acuta dà l' impressidne di una malattia maligna acuta, ma lo stato del sangue non è quello delle infezioni banali. In esso si osserva: Diminuzione considerevole del numero dei globuli rossi, predominio dei linfociti grandi sui piccoli e sugli altri tipi leucocitari, donde il nome di linfocitemia. Assenza dei cristalli di Charcot-Robin, rarità delle cellule eosinofile e diminuzione relativa o assoluta del numero dei leucociti polinucleati.

Tutto ciò che si è detto sulla leucemia acuta si può dire per la forma cronica, dove il decorso è più lento e la tendenza alla emorraggie è meno accentuata.

Adenia.—Si è pubblicato sotto la rubrica di adenia un numero di fatti disparati. Il gruppo linfocitomi, che Jaccoud aveva sintetizzato sotto il nome di diatesi linfogena, lo si può con maggior vantaggio dividerlo nei seguenti tipi morbosi: 1. Il linfocitoma leucemico (generalizzazione per la via sanguigna e linfatica, rarità acuta e cronica). 2. Il linfocitoma pseudo-leucemico (generalizzazione per la via linfatica e accessoriamente per la via sanguigna, varietà acuta e cronica). 3. Il linfocitoma aleucemico, che si generalizza per la via linfatica. 4. Il linfosarcoma, che si propaga per contiguità ed accessoriamente per la via linfatica. Infine nella sfera delle adenie dobbiamo comprendere: 1. Le macrocropoliadenopatie tubercolari progressive simulanti il linfocitoma e il linfosarcoma. 2. Le adeniti acute ipertrofiche, simulanti il linfocitoma aleucemico acuto. 3. L'adeniti croniche ipertrofiche, simulanti il linfocitoma aleucemico.

Denys (correlatore) s'intrattiene a parlare sullo stesso argomento della leucemia e dell' adenia, e come conclusione egli porta alcuni quesiti che dovrebbero essere risolti dagli studiosi perchè si allarghino le conoscenze su queste malattie.

I quesiti sarebbero i seguenti: 1. Esistono delle leucemie miste, delle forme cioè che stanno tra la linfemia e la mielemia? 2. Esistono delle vere leucemie senza alterazioni degli organi generatori dei leucociti? 3. Come i mielociti si stabiliscono negli organi producendo i linfociti e come in quale misura si sostituiscono a questi elementi? 4. Si osserva nella pseudo-leucemia una pullulazione così intensa di leucociti che nella leucemia? 5. Quali sono i rapporti dei differenti leucociti nella pseudo-leucemia? 6. Le urine della pseudo-leucemia presentano le stesse alterazioni di quelle della leucemia, dal punto di vista dell'acido urico e delle basi alloxuriche.

Renaut dice che egli, come semplice palliativo non come cura nella leucemia, prescrive la cura arsenicale o piuttosto la cura cacodilica. Con ciò non pretende di opporsi alla pullulazione dei globuli bianchi, ma è certo che l'arsenico ad alte dosi combatte l' anemia intensa che accompagna sempre la leucemia, esso agisce indubbiamente limitando la distruzione fisiologica dei globuli rossi.

Vanverts. **Intervento chirurgico nelle adenie.** — È l' opinione generale che il trattamento chirurgico, non giova nelle adenie, poichè la recidiva è inevitabile dopo l'intervento, e dippiù l'operazione espone a che le lesioni si generalizzino in tutto l'organismo.

Questa opinione è giusta per i casi dove la leucemia accompagna la linfadenia o quando la linfadenia è estesa a molti organi. Invece quando la linfadenia è localizzata in un organo, è consigliabile l'asportazione del tumore, nella speranza che l' organismo si potrà sbarazzare di questa lesione maligna.

Se la recidiva è la regola dopo la splenectomia, dopo l' ablazione dei gangli o del testicolo affetto da linfadenoma, sembra che la causa risieda nella antichità della lesione.

Bisogna pertanto in ogni caso intervenire precocemente.

Potel e Drucbert. **Su di un caso di leucemia.** — Riferiscono su di un caso di leucemia. osservato in una giovane di venti anni.

La milza era considerevolmente ipertrofica; i gangli cervicali e tracheo-bronchiali di destra erano tumefatti. Questa leucemia dopo di essere restata cronica per parecchi mesi si è acutizzata e si é accompagnata ad ipertermia. Gli autori hanno constatato nella loro inferma questo fatto curioso, notato anche da altri osservatori, cioè la caduta brusca del numero dei leucociti, quando si avvicina la morte.

Bezançon e Labbè. **Sulla anatomia patologica e sulla patogenesi dei linfadenomi ganglionari.** — Il linfadenoma è un tumore costituito da tessuto adenoide di neo-formazione. Esso si presenta sotto due aspetti differenti secondo che il suo tessuto è formato di elementi normali di tessuto linfoide (linfadenoma tipico) o di elementi anormali, derivati dal tessuto linfoide (linfadenoma metatipico). Per i suoi caratteri anatomici il linfadenoma si riavvicina piuttosto ai tumori maligni che alle adeniti infettive. Esso differisce dai tumori maligni per la sua evoluzione speciale. Mentre che nei cancri, l'estensione del tumore si fa, sia per propagazione diretta, sia per embolia, nel linfadenoma, la generalizzazione è quasi simultaneamente in tutti i punti dell'organo linfoide. La causa primordiale del linfadenoma, come quella del cancro, ci è ancora totalmente sconosciuta.

Sicard e Guillain. **Ricerche ematologiche in alcune malattie del sistema nervoso.** — Negli emiplegici, secondo le ricerche di questi autori, esiste una iperglobulia costante, talora accompagnata da iperleucocitosi, del lato paralitico. Si notano inoltre nel sangue quegli ammassi granulosi detti *hemoconf*, e segnalati recentemente da Müller, Ehrlich e Lazarus nel morbo di Addison. Nei siringomielici hanno potuto constatare l'assenza di leucociti polinucleari neutrofili o eosinofili, fatto che ha la sua importanza per la diagnosi differenziale colla lepra, malattia eosinofilica. In certi ammalati affetti da spondilite rizomelica di Marie, di sclerosi a placche o di paralisi generale, vi era una leucocitosi a cellule polinucleari neutrofile. Sembra adunque che le ricerche ematologiche hanno la loro importanza nelle affezioni del sistema nervoso.

Aussel e Derode. **Emorragie gastro-intestinali e scrotali in un neonato di un mese.** — Si tratta di un bambino il quale 32 giorni dopo la sua nascita presentò una emorragia assolutamente incoercibile a livello di una escoriazione insignificante dello scroto. L'indomani comparve ematemesi e melena. La morte si ebbe rapidamente. Gli autori ricercano la causa di queste emorragie nell' eredo-sifilide che avrebbe prodotto una endo-peri-arterite generalizzata. Le emorragie gastro-intestinali sono rare; in quanto alle emorragie scrotali, gli autori non hanno trovato alcun caso analogo.

TERAPIA CLINICA

CURA DELLA FOSFATURIA

Col nome di fosfaturia si intende la frequente eliminazione di urina torbida per fosfati terrosi che precipitano. Spesso gli infermi rispettivi si lagnano di disordini di vario genere, di natura nervosa. È noto come in molti casi la cura della fosfaturia incontri grandi difficoltà, ed i disordini neurastenici degli infermi crescono innanzi ai tentativi terapeutici inutili. Da che dipende la fosfaturia? Sappiamo che nell'urina il fosfato di calce precipita sempre, quando il rapporto tra i fosfati acidi e gli alcalini è modificato a sfavore dei primi, in altri termini quando la reazione dell' urina diventa alcalina. Tutte le condizioni che rendono l'urina alcalina fanno precipitare i fosfati terrosi. Queste condizioni sono state con ogni precisione studiate da Minkowski. Sappiamo che l'urina diventa alcalina, quando l'alimentazione contiene molti alcalini o quando questi sono somministrati a scopo terapeutico. L'alimentazione vegetale rende l'urina alcalina, perchè i sali degli acidi vegetali vengono trasformati in carbonati. Si comprende perciò perchè dopo l'uso abbondante di verdura o di frutta, si manifesta fosfaturia, allo stesso modo come facilmente aumentano gli urati nell'urina, dopo l'uso

abbondante di carne. Poichè i neurastenici non di rado sono sottoposti ad una dieta vegetale, così essi hanno facilmente fosfaturia, che può essere ritenuta segno della loro nervosità. Sappiamo inoltre che esiste un contrapposto nel contenuto in acidi delle diverse secrezioni del corpo. Se nello stomaco si secrega molto acido cloridrico, una minor quantità di molecole acide resta disponibile per l'urina. Se un individuo urina 1-2 ore dopo un pasto abbondante, anche se costituito di sola carne, l'urina facilmente è torbida per fosfato. Se la maggior parte delle persone non presenta questa fosfaturia fisiologica, è perchè d'ordinario non si urina prima di 5-6 ore dopo il pranzo. In questo frattempo l'acido cloridrico segregato dalla mucosa gastrica viene nuovamente assorbito e passa per l'urina.

Nella vescica poi la reazione subisce una nuova modificazione, e l'urina totale viene eliminata con reazione più o meno acida, ossia perfettamente limpida.

Gli individui nervosi urinano più spesso dei sani, e perciò nei primi havvi maggiore probabilità che si osservi la fosfaturia. Inoltre i nervosi rivolgono più dei sani la loro attenzione allo stato dell'urina, e quindi non sfugge loro il minimo intorbidamento.

Si sa inoltre che la fosfaturia può manifestarsi quando, per vomito o lavaggi dello stomaco, molto acido cloridrico vien perduto dall'organismo, o quando per dilatazione od insufficienza motrice dello stomaco, il suo contenuto acido vi si sofferma molto a lungo. Queste condizioni si hanno spesso nei neurastenici, ed anche questa è una ragione della coincidenza della neurastenia e della fosfaturia. È poi anche possibile che l'urina cambi reazione per l'influenza nervosa diretta: si può immaginare infatti che per effètto di questa gli epiteli renali eliminino più i componenti alcalini che gli acidi, e d'altra parte che l'alcalinità del sangue aumenti in seguito alle modificazioni del ricambio indotte dallo stato di eccitazione del sistema nervoso, e ne consegua l'alcalinità dell'urina e la fosfaturia. Ma Minkowski ritiene non dimostrate queste due ultime possibilità, e per lui non havvi alcuna ragione di fare della fosfaturia uno stato morboso speciale. E se la terapia qui deve intervenire l'unico suo compito dovrebbe esser quello di rendere acida l'urina. Ciò si ottiene nella maniera più semplice prescrivendo acidi organici, come l'acido cloridrico, o quelli che nell'organismo non vengono trasformati in acido carbonico, come l'acido benzoico, salicilico ecc. Sopratutto Minkowski raccomanda la dieta: egli prescrive tutti gli albuminoidi (carne, uova, formaggio, cereali, legumi), perchè essi acidificano l'urina e proibisce le patate, le verdure, le frutta che rendono direttamente l'urina alcalina.

G. Klemperer ha avuto occasione di curare parecchi ammalati di fosfaturia, per lo più estremamente nervosi, alcuni addirittura neurastenici (*Die Therapie der Gegenwart* agosto 1899. Ha seguito le norme indicate da Minkowski, che del resto sono le più razionali, ma senza risultato. La ragione dell'insuccesso fu questa che nei suoi malati esisteva ipercloridria con notevole insufficienza motrice dello stomaco, associata a spasmo del piloro. La fosfaturia perciò era qui effetto di un'affezione gastrica, ma questa a sua volta era effetto della debolezza irritabile del sistema nervoso. Sotto questo riguardo la fosfaturia può essere considerata come un sintomo di nervosismo generale, e deve essere curata, rivolgendo i mezzi di cui disponiamo contro la malattia fondamentale, non contro l'affezione gastrica per se.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrakheiten* diretta da R. Koch e C. Flügge Vol, 31, H. 3, 1899.

1. P. Hilbert. **Sulla presenza costante di streptococchi lunghi sulle tonsille sane e sul loro significato per l'etiologia dell'angine.** V. pag. 457.

2. F. Prinzing. **La comparabilità delle cifre di mortalità in diversi spazii di tempo.** — Gli esempii riferiti dal Prinzing sono sufficienti a dimostrare quanto cautamente bisogna giudicare un aumento od una diminuzione della mortalità generale.

3. E. Freund e C. Sternberg.—**Sulla preparazione della sostanza curativa dal siero antidifterico**.—Riferiscono parecchi tentativi fatti per ottenere allo stato puro l'antitossina difterica. I migliori risultati l'ottennero col seguente processo: trattarono dapprima il siero con il terzo del suo volume di una soluzione al 5 0[0 di allume potassico, dializzarono il filtrato, filtrarono il precipitato che così si produceva e saturarono il liquido ottenuto per metà con solfato d'ammonio; il precipitato ottenuto venne ristretto nel vuoto dopo di averlo portato in soluzione e dializzato profondamente. Con questo processo ottennero in media da mezzo litro di siero circa 9 grammi di sostanza secca, che rappresentava una massa bruno-rossiccia, simile a colla o a gelatina, completamente solubile in acqua o nella soluzione fisiologica di cloruro di sodio. Così per esempio in un esperimento 4-7 grammi di sostanza secca furono sciolti in 16 grammi d'acqua, il che procedette lentamente, ma completamente. La soluzione rappresenta un liquido sciropposo, bruno-rossiccio, leggermente torbido. Riuscì di filtrarlo, sebbene molto lentamente,

attraverso un filtro di carta; il liquido così ottenuto era perfettamente chiaro e rappresentava lo stesso valore curativo del preparato non filtrato. Anche l' aggiunta di acido carbonico (nella proporzione del 1|2 0|0) non modificò il contenuto d'antitossina. Sciogliendo la sostanza secca in una maggior quantità di liquido, si ha un preparato più tenace che filtra anche più facilmente. Quanto alla natura chimica della sostanza curativa, bisogna far risaltare il fatto che essa diventa insolubile coi mezzi che precipitano la globulina.

4. M. Kober. **La diffusione del bacillo della difterite sulla mucosa orale degl'individui sani.**—Dalla letteratura risulta che i bacilli difterici sono stati trovati nei dintorni degli ammalati nel 18, 8 0|0 dei casi; Kober li trovò soltanto nell'8 0|0 dei casi. Inoltre si rileva dalla letteratura che i bacilli difterici sono stati trovati nel 7 0|0 dei casi esaminati nelle persone, che non erano venute in contatto con ammalati di difterite, mentre Kober in 600 casi trovò i bacilli solo nel 2 1|2 0|0 dei casi. Fra questi 15 casi da lui diagnosticati per positivi, se ne trovarono 10 nei quali si potè constatare una connessione con un focolaio di difterite, dimodochè per l'occorrenza dei bacilli difterici nella cavità orale di persone, senza un nesso constatabile con ammalati, risulta una percentuale di 0,83 0|0.

5. Seelos. **Nuovi esperimenti per rendere innocue l'acque di deflusso delle fabbriche d'amido.**—Nè l'esame dell'ossidabilità, né la determinazione del residuo si confanno per il giudizio esatto del processo di purificazione dell'acqua di deflusso delle fabbriche di amido. Solo una determinazione dell'azoto secondo Kieldhal è molto pregevole per questo scopo, dando essa risultati esatti anche con un basso contenuto di azoto. Quanto più ricca in sostanze organiche disciolte è un'acqua di deflusso dell' amido da patate, tanto più essa spumeggia scuotendola. Con una combinazione appropriata di mezzi di precipitazione chiarificanti, come solfato di magnesia, cloruro e solfato di ferro e coll'aggiunta d'idrato potassico fino all' alcalescenza è possibile di eliminare nell'acque di concentrazione non forte non soltanto tutte le sostanze organiche in sospensione, ma anche il 50 0|0 almeno delle sostanze organiche sciolte. Coll' aerazione dell' acque delle fabbriche d' amido l' effetto di depurazione viene aumentato solo di poco. Un' acqua in via di decomposizione è più accessibile alla purificazione chimica di un'acqua preparata di fresco. Le spese per la depurazione chimica dell'acque d'amido da patate ammontano a circa 40 centesimi per metro cubo. È possibile però col processo descritto da Seelos di ridurle a circa la metà.

6. W. Hesse. **Un nuovo processo di cultura del bacillo tubercolare.** — Descrive un nuovo processo di cultura dei bacilli tubercolari dallo sputo.

7. E. Almquist. **Sulla fagocitosi.**—Dalle sue esperienze risulta che i leucociti polinucleari morti, come i vivi, hanno la proprietà di accogliere batterii nel loro protoplasma. Il fenomeno ricorda l'attrazione fra l'oro ed il mercurio o meglio ancora la proprietà della spugna d'imbeversi se immersa in un liquido.

8. W. Seng. **Sulle condizioni qualitative e quantitative delle sostanze albuminose nel siero antidifterico.** — La differenza principale tra la globulina solubile del siero normale e del siero antidifterico consiste in ciò, che nel siero normale si hanno punti di coagulazione evidenti a 65°, 68°, 71° alla quale ultima temperatura coagula tutta la globulina, mentre nel siero antidifterico cominciano ad aversi fiocchi soltanto a 71° e la massa principale coagula a 75°, rimanendo ancora in soluzione dei residui non piccoli. Dalle ricerche quantitative non si ebbero differenze notevoli fra le globuline solubili del siero normale e del siero curativo.

FORMULARIO

Pozione antispasmodica

Alcoolatura di radice di aconito } Tintura di belladonna }	ana goc. 10
Acqua di lauceraso.	gr. 10
Acqua di fiori d'arancio	» 60
Acqua di tiglio	» 60
Sciroppo semplice	» 30

A cucchiai da zuppa, di ora in ora.

Grasset. Cura dell'emicrania

Prendere ogni mezz' ora una delle cartine seguenti;

Bicarbonato di sodio } Antipirina }	. . . ana gr. 0,50

per una cartina; 2-4 al giorno.

Oppure:

Antipirina	gr. 0,50
Citrato di caffeina	» 0,10
Solfato di sparteina	» 0,02

per una cartina; 2-4 al giorno.

La sera si prenda una pillola contenente:

Estratto di belladonna } Polvere di belladonna } Podofillino }	. . ana gr. 0,01

per una pillola.

NOTIZIE E VARIETÁ

Congresso regionale Toscano delle Società di Assistenza e di Mutuo Soccorso.

Il Congresso avrà luogo come abbiamo detto a Viareggio nei giorni 26, 27, 28 e 29 agosto e le sedute si terranno nelle sale del R. Casino.

Membri del Congresso saranno i rappresentanti di tutte le Associazioni di Pubblica Assistenza, di Mutuo Soccorso ed i loro soci, i Consigli provinciali e comunali ed i membri di essi, i dottori, i professori, gli igienisti, i chimico-farmacisti che avranno aderito.

Tutti gli aderenti riceveranno la tessera di riconoscimento, la polizza per la riduzione sui prezzi di viaggio accordato dall'Amministrazione delle ferrovie e gli atti del Congresso.

I temi verseranno su tutto quanto concerne l'assistenza pubblica ed il mutuo soccorso, l'affratellamento e l'istruzione competente ai militi della carità e la considerazione in cui debbono esser tenuti i sodalizi di Pubblica Assistenza ed affini.

Ogni tema dovrà essere accompagnato da un sommario ragionato dal quale possa dedursi l'importanza e la convenienza di esso.

Il Comitato Direttivo ha facoltà di ammettere o no un tema proposto e non si potranno discutere temi che non siano stati posti all'ordine del giorno, se non dietro deliberazione del Congresso.

Le singole memorie sui vari temi verranno pubblicate a cura del Comitato esecutivo e distribuite agli aderenti tutti al Congresso affinchè siano note agli stessi possibilmente prima della discussione.

Il Comitato ordinatore è così composto:

Il sindaco di Viareggio, E. Alessandro Tomei, presidente onorario —il presidente della «Croce Verde di Viareggio» Enrico Nelli, il presidente della Congregazione di Carità di Viareggio, dott. Giorgio Paci vice-presidenti onorari—I presidenti delle associazioni aderenti, membri onorari—Avv. Cesare Riccioni, presidente effettivo—Francesco Lenci, presidente del Comitato promotore—avv. Ugolino Gullini, Del Beccaro Guglielmo segretario comunale, vice-presidenti effettivi — dott. cav. Dario Calderai, relatore generale—Ragioniere C. G. Del Beccaro, prof. Ansano Giannarelli, segretari—M. Giuseppe Cecchini, vice-segretario—Torcigliani Alberto, cassiere.

L'educazione fisica in America

Il prof. Angelo Mosso, attualmente in America invitatovi a tenere delle conferenze scientifiche, ha diretto al prof. Bertoni, la seguente lettera che reca notizia di quanto per l'educazione fisica della gioventù abbia saputo fare quel fortissimo paese.

« Mentre sono in America mi occupo volentieri della educazione fisica e le scrivo da un grande Club atletico di Boston.

Nelle Università americane l'educazione fisica ha tale importanza, che chi non vede non crede e non può capire che si impieghino dei mezzi così colossali per la ginnastica ed i giuochi.

Per darle un esempio le dirò che nella Università di Michingam, vicino a Chicago, in una piccola città di undici mila abitanti l'Università possiede due grandi palestre.

Il direttore della ginnastica ha dieci mila lire di stipendio, dico L. 10,000 perchè non creda che mi sbaglio nello scrivere.

Una palestra serve per le donne che studiano nella Università, e questa sarà quattro volte più grande della nostra di Torino, col pavimento in legno. Intorno all'altezza di quattro o cinque metri gira una loggia nella quale si può correre o esercitarsi colla bicicletta. Questa palestra femminile è vicina a quella degli studenti

In Italia non abbiamo in nessuna città un teatro od un spazio coperto così grande. Anche qui gira intorno una loggia per la corsa e la bicicletta.

Nel piano inferiore vi è una vasca per il nuoto dove l'acqua si riscalda d'inverno.

La frequenza delle persone agli esercizi si può giudicare dal numero delle doccie che sono 32, dico 32, colle pareti in marmo. Fuori ed intorno vi sono *lawn-tennis* per i professori e gli assistenti; quattro altri *lawn-tennis* per gli studenti, un grande parco per gli altri giuochi che richiedono maggior spazio.

Ora mi trovo a Boston e domani andrò a vedere anche qui il ginnasio, poscia la palestra della Università, come ho già veduto quella di Chicago. L'interesse e la meraviglia che provo mi dànno però un sentimento di malinconia pensando quanto siamo lontani da questa perfezione in Italia.

Basta guardare la gente nelle strade in America per vedere quanto sia meglio sviluppata e più forte.

La gioventù e le ragazze hanno un fisico assai migliore del nostro.

Tutto il pubblico si interessa, per questo ogni giornale è obbligato ad occuparsi delle gare ginniche, delle regate, del *foot-ball*, del *golf*, ecc., perchè il pubblico si appassiona ed ha maggior entusiasmo per queste cose che per la politica.

L'America ci dà l'esempio più evidente e più grandioso che l'educazione fisica può svilupparsi senza intenti militari. Qui nessuno pensa a fare il soldato; per questo scopo vi sono come in Inghilterra dei mercenarii. Ciò nullameno l'America e l'Inghilterra sono i due paesi dove l'educazione fisica ha raggiunto la sua più alta perfezione.

L'ammirazione mia per questo nuovo mondo è tanto maggiore in quanto penso che la civiltà sua é quella dell'avvenire, e che anche per l'Italia verranno tempi migliori. »

Modificazioni apportate all'organizzazione degli studii medici in Francia

Le disposizioni nuove saranno messe in esecuzione a cominciare dalla sessione luglio-agosto 1900. D'oggi in poi gli aspiranti al dottorato in medicina debbono produrre, per prendere la 1ª inscrizione: o il diploma di baccelliere dell'insegnamento secondario classico ed i certificati di studii fisici, chimici e naturali, o i quattro certificati di fisica, chimica, botanica, zoologia o fisiologia generale od embriologia generale. Gli esami saranno cinque, tra prove orali e pratiche. Le prove pratiche sono eliminatorie; nel caso che ad una prova orale consecutiva ad una prova pratica si fallisca, il beneficio di questa resta acquisito. Ad ogni prova la durata dello spazio di proroga è di 3 mesi alla prima prova fallita. Ad ogni nuovo insuccesso questa durata è aumentata di tre mesi. Per la prova pratica della medicina operativa la proroga è di sei settimane. Il giudizio della commissione esaminatrice si esprime con le note seguenti; pallina bianca: benissimo; bianco-rossa: bene; rossa: assai bene; rosso-nera: mediocre; nera; male..

GAZZETTINO

ROMA. *La Croce Rossa alle grandi manovre.* — Dietro accordi presi con le competenti autorità militari, la Croce Rossa italiana mobiliterà quest'anno quattro ospedali da guerra.

L'ospedale n. 40 di Bologna è stato destinato a far servizio presso il II corpo d'armata e seguirà le grandi manovre che avranno luogo fra Alessandria e Torino.

L'ospedale di guerra n. 17 di Genova munito di un materiale nuovo modello alleggerito, farà servizio assieme ad una ambulanza da montagna presso le truppe del IV corpo d'armata che manovreranno sulle Alpi Marittime.

L'ospedale di guerra n. 21 di Firenze farà servizio presso le truppe dell'VIII corpo di armata. (Firenze).

L'ospedale di guerra n. 20 di Napoli farà servizio presso le truppe del X corpo d'armata. (Napoli).

Importanti modificazioni vennero introdotte nelle farmacie degli ospedali da campo, secondo le prescrizioni del Ministero della Guerra.

La presidenza della Croce Rossa italiana ha incaricato il prof. comm. Paolo Postempski, ispettore medico di prima classe di ispezionare gli ospedali n. 21 (Firenze) e n. 20 (Napoli) durante le manovre, ed il prof. comm. Gaetano Mazzoni, ispettore medico di prima classe, di ispezionare gli ospedali n. 40 (Bologna) e 18 (Genova) durante il loro funzionamento alle manovre suddette.

ROMA. *La malaria nei bovini.*—Nell'Agro e nella provincia romana, è ricomparsa la malaria nei bovini, decimando parecchi capi di bestiame.

Incoraggiato dal ministero dell'agricoltura, dalla Deputazione provinciale e dalla Società degli agricoltori, il prof. Nosotti continua i suoi studi su tale malattia, in ispecie sulla cura e profilassi; mentre i professori Ghezzi e Celli studiano le zecche e gli sporozoi.

Per ciò fare però occorre che tanto i veterinari quanto i proprietari di bestiame, avvertano, anche telegraficamente, il prof. Nosotti (via S. Ignazio, 49) al primo comparire della malattia nei bovini. Qualsiasi spesa in tal modo incontrata verrà loro rimborsata; nel mentre resteranno pure a totale carico dal prof. Nosotti le spese di trasporto per portarsi sulla località, e di quant'altro mai sarà necessario per gli studi, ed in parte anche per le prime prestazioni di cure.

Trattandosi di una cosa di sì vitale interesse per gli allevatori e tenitori di bestiame bovino, non si dubita che gli agricoltori vorranno rispondere premurosamente al suindicato appello.

FIRENZE. *Croce bianca.* — L'egregio dott. Gino Frascani, consigliere comunale, fu eletto all'unanimità comandante sanitario della «Croce Bianca».

NAPOLI.—L'Amministrazione dell'ospedale degli Incurabili ha, con deliberazione del 23 luglio, stanziato 100,000 lire per erigere un Sanatorio nella valle dei Camaldoli.

PISTOIA. *Propaganda antitubercolare.* — Il comitato medico pistoiese della Lega nazionale contro la tubercolosi ha richiesto alla Società piemontese d'Igiene di Torino, pagandole al prezzo di costo (L. 20) mille copie delle note Istruzioni contro la tubercolosi.

SPEZIA. *Propaganda antitubercolare.* — Il municipio ha acquistato al prezzo di costo (L. 20) presso la Società piemontese d'Igiene di Torino mille copie delle Istruzioni contro la tubercolosi.

TARANTO. *Infezione di scarlattina.*—A Copertino domina una grave epidemia scarlattinosa, facendo molte vittime: si chiusero anticipatamente le scuole, procedendosi sollecitamente agli esami.

LUCCA. *Il prof. Bonardi.*—Ha destato vivissima impressione una lettera dell'illustre prof. Bonardi — medico primario dei nostri ospedali — che lascia Lucca essendo riuscito vincitore sopra 63 professori concorrenti, del concorso al posto di medico primario dell'ospedale maggiore di Milano.

La lettera che viene oggi pubblicata dal giornale *Il Telegrafo*, comincia ringraziando con elevate parole di riconoscenza tutta la cittadinanza, che fugli generosa di un vero plebiscito perchè rimanesse a Lucca.

Peró — continua la lettera — occorre distinguere i rapporti professionali verso l'ospedale da quelli della cittadinanza. Ai cittadini saró grato—mentre invece non lo sarò all'ospedale, inteso come ente collettivo.

Dichiaro che non una mortificazione, non una umiliazione mi fu risparmiata.

Avrei potuto essere utile all'ospedale, se l'opera settaria (leggi preti, monache e clericali in pantaloni) sistematicamente cattiva non si fosse attestata innanzi a me uomo solo, ammalato, lontano dalla famiglia. L'opposizione non badó a scrupoli, violó — quando il farlo fu utile ai suoi fini—il regolamento.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA LUCE COME MEZZO CURATIVO

La terapia di diversi stati morbosi mediante l'azione diretta dei raggi luminosi fa molto parlare di sè, e molti medici si domandano che cosa possiamo aspettarci da questo nuovo ramo della terapia fisica. In molte grandi città sono sorti degli stabilimenti in cui si pratica tale cura, in parte sotto la direzione di persone che non potrebbero dirsi altro che guastamestieri, in parte sotto la direzione di medici non molto scrupolosi nè sufficientemente critici. E perciò questi istituti vantano i pregevoli risultati che le loro cure hanno dato in ammalati nervosi, nei dermopatici, in parte anche nei sifilitici, nei tubercolotici ecc.

Stando così le cose, è opportuno mettere in chiaro quale sia l'efficacia reale del nuovo metodo curativo, fondandosi sulle pubblicazioni finora comparse, e ciò ha fatto ultimamente in un lavoro riassuntivo G. Klemperer (*Die Therapie der Gegenwart,* agosto, 1899).

Il primo e più antico metodo terapeutico fu quello di servirsi dei raggi solari. Esso scaturiva dall' osservazione stessa della natura: poichè il sole è indispensabile alla vita ed allo sviluppo organico, così si può supporre che i suoi raggi abbiano l'efficacia di ovviare ai disordini manifestatisi nella vita organica stessa. I medici romani adoperavano i bagni di sole contro la gotta ed il reumatismo, e nelle case private dell'antica Roma esistevano i *solarii* in cui le persone svestite si esponevano ai raggi solari.

L'uso terapeutico sistematico dei bagni di sole è stato raccomandato da un secolo a questa parte da un gran numero di medici. Alla fine del secolo passato il Loretti sosteneva che la luce solare fissa è il rimedio più efficace contro la tisi; nel principio di questo secolo Villet guarì degli idropici esponendoli per 14 giorni alla luce del sole, per parecchie ore al giorno; Carus ha liberato se stesso da un malumore ipocondrico mediante i bagni di sole. Recentemente Emmet di Filadelfia e Snegireff di Mosca hanno raccomandato la luce solare contro l'emorragia uterina; altri contro il reumatismo articolare. In questi autori si trovano anche discussioni teoriche. Il calore e la luce, secondo essi, agiscono dinamicamente in quanto che stimolano il ricambio materiale, ma oltre a ciò essi hanno un' azione chimica non definita sulle scomposizioni che si verificano nell'organismo, il cui risultato si manifesta con la guarigione del processo morboso. Uno di quelli che ultimamente si è molto agitato e in favore del nuovo metodo terapeutico è uno svizzero, non medico, A. Rikli, che fondò uno stabilimento all' uopo in Velden, ed in un libro intitolato *la cura atmosferica* espose le sue opinioni e le sue esperienze sull'argomento. Uno strenuo difensore ha trovato questo Rikli in un medico tedesco, Otterbein, il quale nel suo libro *sulla efficacia curativa della luce solare* lo vanta come il fondatore di una nuova branca della terapia. Non vale la pena di intrattenersi delle discussioni di questi due autori, trattandosi di ipotesi da dilettanti, come dice Klemperer, riferentisi ad un piccolo numero di osservazioni. La galleria per i bagni di sole nello stabilimento di Rikli è uno spazio aperto, esposto a mezzo giorno e protetto dai venti. La testa dell' infermo viene sottratta ai raggi. Le diverse parti del corpo sono esposte al sole ad intervalli fino a che si manifesta forte sudore. Gli individui forti tollerano il bagno di sole per più di un'ora. Per ottenere una maggiore traspirazione, l' individuo può essere avvolto in coperte calde o può associarsi il bagno di sole al bagno di sabbia. In breve tempo, sotto l'influenza del sole si manifesta un'intensa pigmentazione di tutto il corpo, e spesso si hanno vescicole di acne od ulcerazioni. Una forma più mite di terapia solare è quella della luce diffusa, ossia dei bagni di aria e di luce. Questa forma di bagni è stata vivamente raccomandata di recente da Lahmann in Dresda. Secondo lui il bagno d'aria è una panacea contro le affezioni acute catarrali e reumatiche, indurendo la cute contro il raffreddamento e rinforzando i nervi della pelle, perchè facilita la dispersione del calore e provvede ad una più ricca irrorazione sanguigna della pelle. Il bagno d'aria deve durare $^1/_2$-$^1/_4$ di ora mattina e sera, deve essere cominciato in estate e continuato nei mesi invernali.

Il più recente progresso della fototerapia consiste nell' impiego della luce elettrica, in sostituzione della luce solare. In principio si fece uso della luce ad incandescenza, ma poi si vide che questa mancava di quei raggi che chimicamente sono più efficaci ed a cui si deve l'effetto favorevole della luce solare. Si riservò così la luce ad incandescenza come un metodo speciale di riscaldamento, come una specie par-

ticolare di diaforesi. I bagni di luce ad incandescenza sono stati introdotti in terapia da un medico americano. Kellogg: in Germania sono stati introdotti dal chimico Gebhardt, che fondò in Berlino il primo stabilimento curativo. La descrizione degli apparecchi e delle varie applicazioni della fototerapia si trovano nel libro di Gebhardt *sul potere curativo della luce*. I bagni di luce ad incandescenza si fanno in casse ricoperte di specchi, alte circa 1 $^1/_2$ m., con la base di 1 m. q., nel cui interno sono uniformemente distribuite 50 lampade elettriche. L'individuo che deve prendere il bagno vien collocato svestito su di una sedia che si trova nell'interno, ed i raggi luminosi vengono da tutte le parti riflessi in modo da convergere tutti sulla persona. Il capo dell'infermo resta al di fuori della cassa e può eventualmente essere raffreddato mercè compresse. La temperatura nella cassa può salire fino a 60° C. Ne segue forte sudazione, in cui l'attività cardiaca è poco aumentata. È questo un vantaggio che hanno questi bagni di fronte agli altri metodi sudoriferi negli arteriosclerotici e nei cardiaci. In un discorso tenuto alla Società medica di Berlino da Below che dirige l'istituto di Gebhardt, egli fa rilevare che i bagni di luce ad incandescenza debbono essere preferiti ai bagni a vapore, perchè in quelli si comincia a sudare già a 27° C, senza che gli organi circolatori vengano eccitati, e Munter a questo proposito osserva che nei bagni di luce ad incandescenza il polso di rado supera i 100. Altri vantaggi di questi bagni sono stati rilevati da Gärtner. Per questo autore essi rappresentano bagni d'aria calda, in cui l'organismo, mercè l'aumento della perspirazione e l'evaporazione del sudore, può raffreddarsi e regolare la sua temperatura, mentre nei bagni a vapore non è possibile il raffreddamento mediante evaporazione del sudore. I primi hanno il vantaggio su questi, che il capo dell'infermo resta al di fuori, in modo che l'ammalato può respirare aria a temperatura normale.

Gärtner perciò raccomanda i bagni di luce ad incandescenza in tutti i casi in cui sogliono prescriversi i bagni di acqua od aria calda, a vapore, di sabbia, di fango ecc.

Differentemente va giudicata l'efficacia di un'altra specie di luce elettrica, quella ad arco voltaico. Qui il nostro giudizio è molto incerto. La luce ad arco voltaico contiene in grande quantità raggi a brevi onde, fortemente rifrangibili, che, contrariamente ai raggi calorifici che sono a lunghe onde e debolmente rifrangibili, debbono ritenersi come chimicamente attivi: a questi appartengono i raggi bleu, violetti ed ultravioletti, che sono pure contenuti nella luce solare, e perciò si suppose che la luce elettrica ad arco voltaico dovesse essere dotata delle stesse proprietà che la luce solare spiega nello sviluppo del regno vegetale ed animale. Il primo che espresse questa idea fu B. Friedländer, il quale conchiuse. fondandosi essenzialmente su dati teoretici, che la luce ad arco voltaico ha sull'organismo gli stessi effetti della luce solare. Intanto si sono venuti accumulando in questi ultimi tempi le osservazioni pratiche su questo soggetto. Finsen di Kopenhagen ritenne, al pari di Friedländer che la pigmentazione della pelle fosse dovuta ai raggi chimici (bleu e violetti) che agiscono irritando. Perciò egli cercò di escluderli, quando si trattava di processi infiammatori della pelle, e così curò alcuni casi di vajuolo con la luce rossa, ottenendo in parecchi la guarigione delle pustole senza cicatrice. Merita pure di essere ricordata la cura del *lupus* col metodo di Finsen, il quale usa, insieme alla luce solare concentrata, lampade elettriche ad arco fino ad 80 *ampères*. Egli fa passare la luce attraverso uno strato di acqua colorata in bleu, per privarla dei raggi calorifici, e concentra la luce fredda, mediante un sistema di Centi, sulla parte della cute ammalata. I risultati riferiti da Finsen sono ottimi, ed il suo metodo ha molto seguaci. In Russia Kosloffski ed Ewald hanno curato diverse malattie, sciatica, nevralgie, lombagine, neurite, reumatismo, cefalee, stati di angoscia neurastenici ecc., con la luce ad arco voltaico con risultati molto favorevoli. Anche Below in Germania ha ottenuto buoni effetti in infermi nervosi, con asma bronchiale, insonnia, neurastenia. Qui intanto potrebbe trattarsi di un semplice effetto suggestivo. Pare che anche parecchie dermopatie migliorino con questa cura, e sono stati riferiti casi di sifilide guariti.

L'impressione che si ricava da tutto quello che finora si è fatto sulla fototerapia è che questa rappresenta un metodo curativo che merita tutta la nostra attenzione. I bagni a luce elettrica incandescente sono pregevoli bagni a sudore. La terapia con la luce ad arco voltaico è ancora un problema non sciolto, ma non s'ha alcuna ragione per negare che un avvenire sia anche ad essa riservato. Si può dire fin d'ora che probabilmente essa giova nella neurastenia e nelle malattie cutanee.

Ulteriori osservazioni dimostreranno se essa abbia efficacia specifica e se possa giovare anche nelle malattie interne.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo
diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Cállari, interno ordinario

(*Cont. — V. num. prec.*)

III — *Casistica e quadro riassuntivo*

Psoriasi

Oss. I — Di F...... Giovanna di anni 22 da Partinico, maritata, padre vivente ed attualmente sano, soffrì quattro anni addietro di

idrope. Ricorse a S. Saverio e ne uscì guarita dopo qualche mese. La madre ha sofferto una dermatosi che l'inferma non sa descrivere. La malattia attuale data da 11 anni ed ha presentato parecchie recidive. Ha sofferto di amenorrea e stipsi abituale e forti patemi d'animo. La dermatosi è diffusa a tutto l'ambito cutaneo.

Il 19-1-96 si cominciano i lavaggi col siero N. 1 praticati a giorni alterni. Porta in tutto gr. 6. 300 di siero per n. 42 iniezioni.

Azione biologica del siero: Le prime iniezioni portano un elevamento di temperatura che arriva ai 39°,2 dopo due ore dalla iniezione. La temperatura viene presa anche in esame sia la sera che il mattino seguente. L'elevamento febbrile persiste per una quindicina di giorni. Qualche volta cefalea e vertigini. Dopo qualche tempo l'inferma non soffre più alcun disturbo generale.

Il peso iniziale del corpo, di Kg. 58 arrivò a Kg. 61. L'esame del sangue ripetuto tre volte, ci diede i seguenti risultati:

19-1-96	Glob. rossi	4,200,000	Emoglobina	92
15-2-96	»	4,350,000	»	98
27-2-96	»	4,600,000	»	108

L'esame delle urine all'inizio della cura ci fece osservare scarsezza di urati e di cloruri. Verso la fine della cura si mostrarono normali ed aumentata la loro quantità. Nessuna reazione locale mai osservammo al punto dell'iniezione. Polso e respiro sempre normali. La stitichezza cessa con acque purgative. Le modificazioni subite dalla dermatosi furono le seguenti: Rapidità nella eliminazione delle squamme; diminuzione, fino alla scomparsa del prurito e così del rossore infiammatorio. Restano poi alcune macchie di colorito bianco sporco che tendono a scomparire; viene dimessa guarita.

Oss. II — C...... Concetta di anni 22 da Palermo, celibe. Padre morto di apoplessia cerebrale. Madre vivente e di buona salute. Ricorrenze mestruali dell' inferma, sempre dolorosissime. La malattia data da 1 anno ed è diffusa a tutto il corpo.

Il 19-10-98 s'iniziano i lavaggi col siero n. 7. Porta in tutto g. 6.100 di liquido per n. 22 iniezioni. *Azione biologica del siero*: Il massimo elevamento di temperatura fu di 38°.2 sempre dopo l'iniezione fino a ridursi allo stato normale.

Il peso del corpo che inizialmente era di Kg. 42 salì a Kg. 44. L'esame del sangue ci diede questi dati:

19-10-98	Glob. rossi	3,400,000	Emoglobina	85
8-12-98	»	4,200,000	»	92

Le urine mostraronsi normali all'inizio e tali si mantennero fino al termine della cura.

Le iniezioni furono sempre dolenti ed il dolore si prolungava fino a tarda sera. Le funzioni gastro-intestinali normali fino a metà cura, si alterano, stabilendosi una ostinata stipsi, tanto da dover ricorrere a forti purgativi fino a che l'inferma si rimette completamente. Polso e respiro sempre normali.

I risultati della cura furono i seguenti:

Le squamme si eliminano facilmente, il rossore diminuisce; il prurito non si fa sentire. Parecchi focolai accennano alla completa guarigione, ma nuove lesioni iniziali si formano verso la 16ª giornata di cura e ricompaiono nuove squamme sulle zone, che sembravano guarite, il prurito torna più intenso ed insopportabile e si accentua nei giorni in cui l'alvo non si svuota coi purgativi. Si continuano le iniezioni per altro po' di giorni, ma l'inferma vedendo che nuove manifestazioni appaiono sull'ambito cutaneo, reclama un' altro metodo di cura, dopo di che esce migliorata il giorno 8-1-99.

Oss. III — C....... Teresa di anni 12 da Palermo. Padre vivente e sano. La madre è ammalata di nefrite. Ha due sorelle delle quali una è affetta da linfomi tubercolari. Due fratelli sono di buona salute.

Abita casa umida, alimentazione scarsa.

La malattia data da 1 mese (?) e dice sia insorta in seguito a spavento.

Il 21-5-98 s'iniziano i lavaggi col siero n. 5. Porta in tutto gr. 2.530 di liquido per 24 iniezioni. *Azione biologica del siero.* Mai elevazione di temperatura. Peso iniziale del corpo Kg. 40.200. Dopo la cura Kg. 43.100. Esame del sangue: 21-5-98 Glob. rossi 3,200,000 Emogl. 75, 13-6-98 Glob. rossi 4,220,000 Emoglobina 85.

Prima di cominciare la cura si nota albumina nelle urine alla dose di g. 0,30 0[0. Dopo 5 giorni dai lavaggi l'albumina scompare per non mostrarsi più anche dopo la cura.

Per tutto il periodo della cura le iniezioni riescono oltremodo dolenti e la ragazza è sempre in preda a sussulti nervosi. Non si riscontrarono mai disturbi gastro-intestinali. Polso e respiro aumentati durante l'iniezione.

Di notevole in questo caso il rapido eliminarsi delle squamme, parecchie forme iniziali si arrestano; il rossore diffuso, specialmente alle gambe e alle braccia ai lati estensorii, sparisce rapidamente. Il prurito persiste nei primi giorni. Comincia a diminuire al 12° giorno di cura fino a scomparire poi totalmente.

È dimessa guarita il 13-6-98.

Oss. IV. — R....... Maria di a. 45 da Parco. I genitori sono morti a tarda età per malattie comuni. E sposata. Ha avuto 9 figli dei quali uno solo vivente e gli altri morti per malattie esantematiche ed infettive.

L'inferma non ha mai sofferto alcuna malattia. La dermatosi daterebbe da quattro mesi. Essa, iniziatasi sotto la forma di psoriasi vera e propria, ha subito delle trasformazioni. Noi ci troviamo difatti di fronte ad una desquammazione abbondantissima e generale da un fondo rosso vivo dell' ambito cutaneo intiero, con prurito intenso. Ma in taluni punti, specialmente al dorso delle mani, ed alle estremità delle dita siamo in grado di riscontrare delle papule iniziali riferibili alla psoriasi.

Il 21-5-98 si inizia la cura col siero N. 2.

Si iniettano in tutto gr. 7000 di liquido per N. 28 iniezioni.

Azione biologica del siero: Si è avuto solo un aumento della temperatura col massimo di 39°,9 nei primi giorni. Poi la temperatura tornò al normale.

Il peso iniziale del corpo di Kg. 59.700 salì a Kg. 60,200.

Esame del sangue: 21-10-98. Glob. rossi 4,750,000 Emogl. 96, 19-12-98 Globuli rossi 5,250,000 Emoglobina 105.

Nelle urine nulla di anormale nè prima nè durante o dopo la cura.

Tranne il solito dolore passeggiero al punto scelto per la iniezione, nessun altro fatto locale degno di menzione. Durante la degenza in Clinica sopravviene una ostinata stitichezza, durante la quale si esacerba il prurito, il rossore aumenta, la desquammazione si fa più attiva. I comuni purgativi a nulla valgono e si ricorre alle goccie di olio di croton ed a clisteri abbondanti.

Polso e respiro sempre normali.

In tutto il periodo della cura si ha ora un miglioramento ora un esacerbamento e dei fatti generali e dei fatti locali. Il rossore, che in sul principio tende a diminuire sostituendosi ad esso una tinta giallastra, torna più intenso verso il 18° giorno. Così pure il prurito che fa passare all'inferma delle notti insonni.

La desquammazione abbondante all'inizio, diminuita verso la metà della cura, torna attivissima, tanto da trovare le lenzuola coperte abbondantemente da lamine cornee. Esito negativo. E' dimessa il 7-2-99.

Oss. V. — R....... Bernardo di anni 13 di Lercara, ricoverato all'Ospizio di Beneficenza « Ventimiliano ». La madre è affetta da lipemania e trovasi nel nostro Manicomio dei Porrazzi. Padre di buona salute. L'infermo soffre di stipsi abituale e di nervosismo. Bambino soffrì di convulsioni eclampsiche.

Il 15-12-97 si cominciano i lavaggi col siero N. 5, praticando in tutto 21 iniezioni, portanti gr. 3.300 di liquido.

Azione biologica del siero: Si è avuta sempre elevazione di temperatura di qualche grado, dopo l'iniezione e qualche volta di sera.

Il peso iniziale del corpo di Kg. 40 salì a K. 45.

L'esame delle urine prima della cura ci rivelò scarsi gli urati, i cloruri e i carbonati. Alla 18ª giornata di cura tornano al normale.

Esame del sangue: 14-12-97 Globuli rossi 4,560,000 Emogl. 60; 27-12-97 Globuli rossi 4,680,000 Emoglobina 75; 3-1-98 Globuli rossi 4,850,000 Emogl. 82.

Nessuna reazione al punto della iniezione.

Correggesi la stipsi senza l'intervento di purgativi.

Polso e respiro normali.

L'infermo comincia a dare segni di miglioramento alla 8ª giornata di cura. Il lieve rossore delle papule comincia a dileguarsi; ed il prurito, molesto all'inizio tanto da levargli il sonno, va poco a poco diminuendo. Nessuna nuova forma iniziale si scorge sull'ambito cutaneo. Persiste solo un'attiva desquammazione al cuoio capelluto.

Avevamo appena deciso di licenziare l'infermo, quando nuove manifestazioni insorgono alle braccia. Si esperimenta un olio vegetale inviatoci espressamente per la cura di talune dermatosi, ma la dermatosi resta inalterata perdurando lo stato di miglioramento.

Oss. VI. — D'A....... Giuseppe di a. 33 di Palermo, marinaio. Nessuna malattia degna di nota nell'infermo, tranne una congiuntivite cronica. E' esposto a tutte le variazioni di temperatura ed agli strapazzi della vita di mare. Genitori viventi e sani. La malattia cutanea data da un mese.

Il 24-11-96 si cominciano i lavaggi col siero N. 1. Porta in tutto gr. 10,275 di liquido per N. 34 iniezioni.

Azione biologica del siero: All'infuori di qualche decimo di grado di elevamento, la temperatura si è mantenuta sempre normale.

Il peso iniziale del corpo Kg. 68 è salito a Kg. 71.200.

27-11-96	Glob. rossi	3,130,000	Emog.	67.
1-12-96	»	3,200,000	»	70.
8-12-96	»	2,348,000	»	60.
17-12-96	»	5,239,000	»	89.

L'urina rivelò, prima della cura, scarsezza di carbonato ed abbondanza di acido urico. All'11ª giornata le urine si mostrano normali tranne una lieve eccedenza dei fosfati.

Passeggieri fenomeni nervosi durante l'iniezione con frequenza del polso e del respiro. Nessuna reazione locale al punto d'iniezione.

Durante la cura soffre di stipsi che è corretta con l'uso dell'acqua di Janos.

La scomparsa delle manifestazioni cutanee si avvera in un tempo relativamente breve. Il rossore infiammatorio è il primo a sparire. Il prurito diminuisce lentamente ed è l'ultimo a cessare. Restano delle macchie brunastre che tendono ad impallidire.

L'infermo è dimesso il 14-1-97 molto migliorato.

Oss. VII. — V....... Antonino di anni 19 di Valledolmo, contadino. Nessun dato di gravi malattie infettive o contagiose nella famiglia dell'infermo.

Soffrì di paralisi infantile ed ora soffre di stipsi. La dermatosi data da 5 anni con recidive ogni anno.

Il 24-3-97 comincia la cura col siero N. 3. Porta in tutto gr. 5.850 di liquido per N. 21 iniezioni.

Azione biologica del siero: L'elevazione di temperatura arrivata a 40°,2 si è avuto tanto durante le iniezioni che per il sopravvenire d'un ascesso alla regione scapolare destra e precisamente al punto scelto per una iniezione. La temperatura diminuisce coll'apertura dello ascesso.

Il peso iniziale del corpo di Kg. 56.500 scese a Kg. 54.500.

24-3-97 Glob. rossi 4,950,000 Emog. 85.
30-4-97 » 3,260,000 » 73.

Cloruri, fosfati, urati e carbonati scarsi all'inizio, divennero normali a metà cura. Però gli urati si mostrarono abbondanti quando contemporaneamente si osservava un aggravarsi dei sintomi. La stipsi è ribelle a qualunque cura.

La dermatosi non subisce alcuna buona modificazione anzi accenna ad aggravarsi. Si ricorre ad altre cure malgrado le quali esce con esito negativo dalla Clinica.

Oss. VIII. — Di P..... Salvatore di anni 47 di Palermo, facchino doganale. Nella famiglia trovai la tubercolosi dal lato materno. La malattia attuale data da 2 anni e fu diagnosticata sifilide da qualche collega tanto che ricevette delle iniezioni di sublimato. E' beone. Scandisce le parole e soffre di tremore. Stipsi abituale.

Il 30-9-97 s'inizia la cura col siero N. 2.

Riceve in tutto gr. 2.700 di liquido per 12 iniezioni.

Azione biologica del siero: Tranne che nei primi giorni, la temperatura si è mantenuta sempre normale. Il peso iniziale del corpo di Kg. 51.500 scese a Kg. 49.

Esame del sangue: Avanti la cura, glob. rossi 4.650.000 emoglobina 75. Dopo la cura, Glob. rossi 4.900.000 Emogl. 85.

Le urine mostrarono assenza di solfati ed abbondanza di carbonati avanti la cura, sino a ridursi al normale.

Nessuna reazione locale per l'iniezione.

La stipsi è corretta senza l'uso di purgativi.

Polso e respiro sempre normali.

Notevole la rapida scomparsa del rossore e della squammazione, senza formazione di nuove forme iniziali, nè di altre squamme sulle papule già esistenti. Il prurito cessa completamente alla 10ª giornata. E' dimesso dalla Clinica, guarito.

Oss. IX. — La B....... Pietro di anni 25 di Palermo, falegname. Genitori viventi e sani. L'infermo è balbuziente sin dalla prima età. La dermatosi data da 3 mesi.

Il 7-4-98 si inizia la cura col siero N. 5.

Riceve in tutto num. 4 iniezioni portando gr. 800 di siero. Si è costretti sospendere la cura perchè si ha aumento del prurito e peggioramento delle manifestazioni cutanee. Si ricorre alla lanolina e a bagni. Volendo ricominciare le iniezioni, l'ammalato si rifiuta e parte volontariamente.

Azione biologica del siero: Le iniezioni produssero sempre marcato elevamento di temperatura.

Il peso iniziale del corpo di Kg. 60 non subì alcuna modificazione. Lo stesso dicasi per l'esame del sangue. Persistette sempre da parte delle urine la scarsezza degli urati e l'abbondanza di fosfati acidi ed alcalini. Il dolore prodotto dalla iniezione, in questo caso, si protraeva talvolta fino al giorno dopo.

La stitichezza perdura malgrado la somministrazione di forti dosi di calomelano.

Nessun miglioramento si ebbe in quest'infermo.

In nessun caso, come in questo, ho visto l'aggravarsi del prurito che diminuiva nei giorni in cui non si praticavano le iniezioni.

Esito negativo.

Oss. X. — V........ Girolamo di anni 73 di Palermo, facchino, d'ignoti. Abita casa umidissima. Soffre di stipsi. Dodici anni fa ebbe anasarca. La malattia attuale data da due mesi.

Il 17-3-97 si inizia la cura col siero N. 1. Riceve in tutto gr. 5.200 di siero per N. 17 iniezioni.

Azione biologica del siero: In questo infermo non si ebbe mai elevamento di temperatura dopo l'iniezione, ma solo la sera, arrivando ai 39°.2. Fu superato questo grado quando sopravvenne un ascesso alla regione scapolare destra, ed una pneumonite.

Il peso iniziale del corpo di Kg. 61 scese a Kg. 59 durante la cura per tornare poi ai 61.

Esame del sangue: Glob. rossi 4,743.000 Emoglob. 85, Glob. rossi 4.300.000, Emog. 72.

Le urine mostrarono avanti la cura assenza di urati e solfati e scarsezza di fosfati. Durante la cura abbondanti i cloruri, i fosfati e gli urati e scarsi i carbonati. Dopo la cura, cloruri e fosfati abbondanti. La stipsi viene corretta con l'uso dell'acqua di Janos.

Il polso ed il respiro subiscono delle modificazioni per il sopravvenire della pneumonite che guarisce dopo 15 giorni.

La dermatosi, all'infuori della diminuzione del prurito e del rossore, non subì altro miglioramento. Notevole in questo caso l'attiva produzione di squamme. Si ricorre dopo questo miglioramento ad altri metodi di cura.

(*Continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

OSPEDALE DI KÖNIGSBERG O. Tubenthal

Ciste cerebrale come causa di convulsioni epilettiche; guarigione. — L'infermo che è oggetto di questa osservazione capitò nel 1894 sotto una pesante carrozza ed una ruota gli passò sul cranio, producendo una ferita delle parti molli lunga 7 cm. sulla metà sinistra della fronte, al di sopra del limite dei capelli, ed una ferita ossea lunga 4 cm. e larga 1 cm. La coscienza in principio perduta si ripristinò a poco a poco; fenomeni paralitici non si ebbero mai. In diversi tempi furono estratti dei sequestri dalla ferita del cranio, di cui il più grosso era lungo 3 1|2 cm. e largo 1 cm. La sostanza cerebrale in corrispondenza della lesione cranica era contusa e tendente al prolasso. L'infermo si lagnava spesso di vertigine ed aveva la sensazione come se fosse ubbriaco. La ferita ossea non venne mai a chiusura definitiva, ma rimase una piccola fistola che per sè non dava

alcuna noia. Esistevano dolori di testa più o meno vivi. Nel 1896 essi erano divenuti così continui e violenti, che l'infermo dovette abbandonare le sue occupazioni. Verso la fine di questo anno si manifestarono i primi fenomeni convulsivi, bruscamente, con perdita completa della coscienza, localizzati ai muscoli delle braccia e delle gambe, della durata di 2 ore per ogni accesso.

L'infermò rifiutò di farsi operare, Nel 1898 gli accessi convulsivi si erano notevolmente ravvicinati, in modo che parecchi si susseguivano nella stessa giornata. Si trattava di accessi epilettici tipici, generalizzati, con perdita completa della coscienza, senza aura. Non esistevano fatti paralitici. Dalla fistola che ancora si vedeva nel punto della lesione cranica veniva fuori del pus, il che faceva ammettere una necrosi dell'osso; la vertigine, la cefalea ed infine le convulsioni giustificavano l'ipotesi che il processo morboso si fosse diffuso alla sostanza cerebrale, e si fosse formato un ascesso del cervello.

Nel settembre del 1898 fu aperto il cranio nel sito della lesione. Furono trovati parecchi sequestri ossei, la dura madre mancava in quel punto e le meningi molli avevano un aspetto edematoso. Sollevato appena questo tessuto con una pinzetta, venne fuori da una piccola apertura una quantità di liquido trasparente, circa 80 cmc., e quella parte della superficie cerebrale dapprima arcuata e pulsante, si infossò. Venne aperta la cavità con le forbici e si vide che essa aveva pareti lisce ed era tappezzata da un tessuto bianco, di apparenza fibrosa. Il dito si infossava nella cavità per circa 6 cm., senza che a questa profondità incontrasse la minima resistenza. La cavità aveva la forma di una pera di media grandezza, la cui base era rivolta alla superficie del cervello e la punta al ventricolo laterale. La ciste venne zaffata con garza al jodoformio e poi la ferita venne fasciata.

L'operazione fu tollerata senza alcun disordine dello stato generale. Il decorso post-operativo non presentò alcun incidente e verso la fine di gennaio era avvenuta la guarigione. La cefalea ed i fenomeni convulsivi erano del tutto scomparsi.

A spiegare l'origine di questa ciste, si può ammettere che sotto l'influenza del trauma ebbe luogo a suo tempo una contusione della sostanza cerebrale, a cui seguì edema; gli elementi nervosi andarono soggetti a degenerazione granulosa e si formò un focolaio di rammollimento bianco e consecutivamente una ciste, la quale andò man mano crescendo di volume, fino a dare i fenomeni epilettici. Questi erano dovuti non a compressione esercitata dalla ciste su qualche determinata zona cerebrale, ma dall'aumento generale della pressione intracranica, cessato il quale scomparvero i fenomeni.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA

tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899

V

Simon (correlatore) **Della assuefazione ai farmaci.**— Quando si studia il modo come l'organismo si comporti rispetto a certi medicamenti, si è forzati a constatare l'esistenza di certe leggi generali, fra le quali si ha il fenomeno della assuefazione. Vi sono molti agenti tossici, che possono essere tollerati dall'organismo a dosi anche alte, grazie ad una abitudine graduale e prolungata. Così, l'oppio, la morfina, la cocaina, l'alcool, l'etere, il cloralio, i bromuri, i joduri alcalini, l'arsenico etc. L'assuefazione non si fa sempre senza difficoltà; sovente si ha un periodo d'inanizione penosa; ma questi sintomi non tardano a scomparire completamente, e non restano che gli effetti utili o aggradevoli del farmaco; e l'individuo già si è assuefatto al medesimo. Pure vi sono delle persone in cui l'assuefezione ai veleni si tramuta in una opposizione invincibile; in alcuni soggetti refrattarii alla morfina, ogni nuovo tentativo, lungi di calmare gli accidenti iniziali, li rinnova e li aggrava in modo che si è obligati ad abbandonare la cura.

Ciò che domina sopratutto l'etiologia della assuefazione è la quistione dell'individuo e del terreno.

L'età, il sesso, la razza medesima, lo stato di salute o di malattia costituiscono dei fattori importanti. Una volta avvenuta l'assuefazione essa apporta alla azione fisiologica dei farmaci delle modificazioni profonde, fra le quali bisogna porre in prima linea, la diminuzione considerevole della loro tossicità. L'assuefazione non è indefinita, l'uso degenera spesso in abuso e ne risulta una intossicazione lenta e cronica, di cui i sintomi sono tutt'altro che quello dell'avvelenamento acuto. Allora tutti gli organi sono colpiti; non solo il sistema nervoso e gli organi dei sensi, ma le vie digestive, il cuore e i reni, il rivestimento cutaneo; la nutrizione deperisce, il dimagramento è enorme e il paziente cade in una cachessia profonda, la quale, se non combattuta a tempo, termina colla morte.

Per scongiurare ciò, non vi è altro mezzo che la soppressione del veleno ma si possono avere delle gravi complicazioni.

Relativamente a questo punto di vista i farmaci suscettibili di assuefarsi si dividono in due grandi classi: quelli che non dànno luogo a degli effetti di iperattività psichica e non divengono ma oggetto di una passione irresistibile, la loro soppressione ha luogo, senza che si abbia alcun sintoma penoso o disaggradevole; l'altra classe è costituita dai medicamenti euforici, i quali divengono

talmente indispensabili all'organismo, da costituire per l'individuo un vero alimento, con questa differenza, che di rigore si può sopprimere il cibo per un certo tempo, mentre che il veleno una volta esplicata la sua azione deve essere immediatamente sostituito da un'altra dose.

Ora se l'abitudine non è molto inveterata, se le dosi del veleno sono state moderate, la guarigione si ottiene di solito con grande facilità, ma quando si tratta di una abitudine antica e quando l'organismo si è sottoposto a dosi elevate di veleno, il ritorno al normale non si può avere che dopo lungo tempo, se pure la morte o l'alienazione mentale non viene a chiudere la scena morbosa.

Heymans (correlatore) cerca di precisare e di delimitare il significato del termine « assuefazione ».

L'assuefazione ai farmaci si osserva tanto negli individui normali che negli infermi.

La maggior parte dei glicosidi e degli alcaloidi, come molti composti chimici inorganici ed organici, in certe circostanze sono capaci di provocare l'assuefazione. Il meccanismo intimo della assuefazione ai farmaci noi si ignora, per precisarlo in qualche modo, l'oratore paragona l'assuefazione ai farmaci alla immunità acquisita ed innata. Come l'immunità, così l'assuefazione è data dal fatto che le cellule tenute in contatto primitivamente col veleno, ora non sono più modificate nel loro tono vitale.

Calmet crede utile di riferire i risultati di alcune sue esperienze di laboratorio; egli ha potuto vedere che gli animali si assuefanno a certi veleni e ciò è dovuto al fatto che i veleni sono arrestati dai leucociti i quali si abituano a questa funzione di assorbire e di arrestare nel loro passaggio, alcuni determinati veleni.

Renaut viene in appoggio della medesima opinione, riguardante l'influenza delle cellule linfatiche nell'assuefazione ai veleni.

Ausset afferma, che gli adulti, i quali sovente hanno il rene sclerotico, sopportano male i farmaci, poichè male vengono eliminati, mentre i fanciulli sopportano facilmente delle forti dosi tossiche, perchè li eliminano facilmente.

Lemoine afferma che l'assorbimento di certi farmaci impedisce l'accumulo di altri medicamenti nell'organismo.

Così l'arsenico e il joduro di potassio. La somministrazione dell'arsenico, impedisce i fenomeni di intossicazione iodica; tale fatto però non si sa spiegare allo stato delle nostre conoscenze.

Sollier richiama l'attenzione sul fatto che gli ammalati che si disabituano da un tossico a cui si erano abituati (morfina, cocaina etc.) sopportano male le intossicazioni di altra natura. Ciò forse dipende dal fatto che l'organismo trovasi in via di riparazione e che le sue cellule sopportano male i nuovi tossici.

Sollier. **I tossicomani.**—Fra le intossicazioni da morfina, cocaina etc. si deve distinguere una forma organopatica e una forma psicopatica. I tossicomani indifferentemente scelgono questo o quel tossico, e con eguale facilità lo cambiano.

Essi tendono ad abusare immediatamente del tossico impiegato. La cura è la medesima che per gli intossicati ordinarii, è anche più facile e meno dolorosa. Ciò che importa principalmente di curare non è l'intossicazione ma lo stato psicopatico.

Sicard e Guillain. **Assuefazione al bromuro di potassio.**—Il siero di animali assuefatti a dosi alte di bromuro di potassio si mostra inattivo contro l'intossicazione del medesimo bromuro. L'assuefazione al bromuro di potassio, dunque non si esplica colla formazione di un siero antitossico, negli individui assuefatti.

Treille. **Della pretesa assuefazione al solfato di chinino nei malarici.**—Alcuni autori hanno creduto che gli individui malarici a forza di prendere chinina, finiscono per diventare insensibili alla azione della medesima.

L'oratore insiste affermando che non vi è alcuna vera assuefazione ai sali di chinina.

Pitres. **Cura del gozzo esoftalmico colle iniezioni di etere jodoformico nel parenchima del corpo tiroide.**—La tintura di jodo che agiva bene per iniezioni nel gozzo semplice è stata abbandonata a causa degli ascessi e dei flemmoni tiroidei che essa provoca. Pitres vi ha sostituito l'etere jodoformizzato, che inietta alla dose di un centimetro cubico in pieno gozzo e ripete l'iniezione ogni otto giorni circa. In tal modo ha curato con buon esito una diecina di infermi affetti da gozzo esoftalmico. Tali iniezioni provocano un certo dolore, ma che scompare dopo pochi minuti. L'ultimo dei sintomi a scomparire è l'esoftalmo.

Derville. **Infiltrazione calcare della pelle. Lesione delle ghiandole sudoripare. Perinevrite.**—I tumori calcarei della pelle si dividono in: osteomi veri, e infiltrazioni calcaree. L'origine di queste ultime è molto discussa. In un infermo, osservato dall'oratore, si notavano delle larghe placche calcaree, nelle due natiche e al livello della guancia sinistra. Tale infiltrazione aveva sede nell'epidermide, e anche nelle ghiandole sudoripare alcune delle quali erano in fase regressiva. Le terminazioni nervose presentavano traccie di perinevrite.

Faure. **Il delirio nelle malattie acute.** — Nel corso delle malattie acute si hanno diverse specie di delirio. Spesso si osserva una specie di disturbo mentale che si potrebbe chiamare delirio di sonno, delirio onirico, con allucinazioni della vista, e con incubi.

Un'altra specie di delirio è caratterizzato dalla diminuzione della memoria, dell'intelligenza e della emotività. Infine si possono avere delle idee fisse

che possono essere molto numerose e analoghe per dare al delirio una fisonomia sistematica generalmente melanconica. Anatomicamente il delirio nelle malattie acute si può paragonare alla confusione mentale. Tra questo stato anormale psichico e il delirio esiste certamente una differenza, ma questa differenza è di grado e non di natura.

Lichtwitz. **Disproporzione fra la frequenza degli empiemi delle cavità accessorie del naso sul vivente e sul cadavere.**—Da una statistica personale risulta come durante la vita la suppurazione dei seni si riscontra circa nel 2 0[0 dei casi, invece i risultati ottenuti nel cadavere, dànno una cifra molto più elevata. Ciò dipende dal fatto che in vita per lo più le sinusiti passano inosservate, specie le forme acute secondarie a scarlatina, difteria etc., nelle forme croniche poi, la latenza dei sintomi, i quali più spesso non si esplicano che con una semplice ipersecrezione nasale o retro-nasale non attirano punto l'attenzione dell'ammalato.

Lavrand. **Erisipela della faccia recidivante. Patogenesi naso-faringea.**—La maggior parte delle forme di erisipela spontanea della faccia che si ripetono spesso, provengono dalle fosse nasali, dai punti lacrimali o dalle narici. Inoltre i germi più di sovente trovansi annidati nel tessuto adenoide più o meno alterato del cavo faringeo.

Il trattamento preventivo e in seguito curativo della erisipela recidivante del volto, consiste nel curare le fosse nasali e la faringe e specie il tessuto adenoide del cavo faringeo, che si presenta sotto forma di tumori adenoidi o di granulazioni, che bisogna togliere per sopprimere così un terreno di cultura favorevole allo streptococco di Fehleisen.

Joire. **I falsi testimoni per suggestione.**—Richiama l'attenzione della giustizia e degli avvocati sulla facilità con cui s' incontrano delle persone le quali testimoniano il falso, o perchè suggestionati da altri o per auto-suggestione, o involontariamente per incoscienza, come spesso accade ai fanciulli. In casi dubbii gli avvocati reclamino l'esame mentale del testimonio ad un medico competente, dal punto di vista della possibilità di una suggestione.

Comby. **Litiasi renale nei bambini.** — La litiasi renale nei bambini è in rapporto colla cattiva alimentazione. Il suo sviluppo è favorito dalla atrepsia, dalle affezioni gastro-intestinali e dallo svezzamento precoce.

Spesso si ha la formazione di calcoli vescicali. La sintomatologia è molto frusta. La cura è principalmente igienico-dietetica.

Combemale e Mouton. **Il siero artificiale, come mezzo di diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.**—Dalle loro ricerche si rileva. *a*) La iniezione di siero artificiale è inoffensiva; *b*) L' iniezione di siero artificiale è facile, comoda e i risultati non si fanno attendere nel caso che si esiti nella diagnosi; *c*) E tale iniezione non è un mezzo infallibile, per diagnosticare la tubercolosi. Ogni volta che i mezzi clinici abituali rivelano la tubercolosi, il siero artificiale iniettato eleva la temperatura. *d*) Nell'enfisema, nelle bronchiti gravi, etc., il siero artificiale iniettato provoca la reazione febbrile. Pertanto l'iniezione di siero non è un mezzo sicuro per la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare; si può benissimo adoperare come contro prova della iniezione di tubercolina.

Lannois e Carrier. **L'analgesia del cubitale nell'epilessia.** — L'analgesia del cubitale è il cosidetto segno di Biernacki che ha un certo valore diagnostico nella paralisi generale. Hanno voluto vedere se esso esiste negli epilettici, e si sono convinti che in questo caso non ha valore di stigmata e che alle volte si osserva come fenomeno transitorio, dopo specialmente le crisi convulsive.

Claisse e Brouardel. **Assuefazione agli alcaloidi.** —Hanno sperimentato, a questo riguardo la stricnina, l' aconitina, la morfina e la nicotina. Per i primi due alcaloidi l' assuefazione è nulla, o così debole che, non può apprezzarsi che dopo un mese. Per la morfina e la nicotina l' assuefazione è più facile, ed allora quand'anco gli animali arrivino a sopportare delle dosi elevate, il sangue non acquista alcuna proprietà antitossica.

Moncorvo. **Nefrite acuta nei fanciulli malarici.** — In 11 casi di malaria a Rio-Ianeiro, ha osservato, fatti di nefrite acuta. È impossibile dire se si tratta di un' azione diretta del parassita di Laveran sul rene o di discrasia o d'infezione secondaria.

Crespin. **Tubercolosi cavitaria e febbre tifoidea.** — Riferisce un caso di tubercolosi associata a febbre tifoide. Trattasi di un giovane tubercoloso (con caverne) che fu colto da tifoidea benigna senza complicazione. La durata della malattia fu lunga, ma in compenso colla guarigione della medesima, si ebbe anche un notevole miglioramento dell'affezione polmonare.

Movimento biologico universale

1. VASCHIDE fa delle ricerche sperimentali sul « **sogno** » e studia la continuità dei sogni durante il sonno. Si sogna durante il sonno anco il più profondo. Vi ha relazione stretta tra qualità, natura dei sogni e profondità del sonno. Più questo è profondo, più i sogni concernono una parte anteriore della nostra esistenza e sono lungi dalla realtà; se il sonno è superficiale i sogni riflettono i fatti della veglia. I sogni d' intensità media persistono di più nella memoria e sono più continui; quelli energici, azionali, scompaiono rapidamente. (*Acadèmie des sciences*, 17 luglio 1899).

2. Abelous e Gérard hanno dimostrato che il rene contiene un « **fermento solubile riduttore** ». Hanno ancora studiato il potere riduttore degli estratti di rene. La riduzione si opera verso i nitrati (*Académie des sciences*, 17 luglio 1899).

3. Sappin-Trouffy ha studiato la « **divisione del nucleo nella spermatogenesi umana** ». Vi ha riscontrato la cariocinesi e la frammentazione diretta (*Académie des sciences*, 17 luglio 1899).

4. Béclère, Chambon, Ménard, Coulomb studiano la « **trasmissione intra-uterina dell'immunità vaccinale e del potere antivirulento del siero.** » L'immunità si trasmette se la madre ce l'ha, ma del resto non in tutti i casi; essa può osservarsi nelle donne il di cui siero è antivirulento. Il passaggio della sostanza auto-virulenta dal sangue materno nel sangue fetale, attraverso la placenta, è la condizione necessaria dell'immunità congenita. (*Académie des sciences*, 24 luglio 1899).

5. Guilleminot studia « **la radiografia del cuore e dell'aorta nelle differenti fasi della rivoluzione cardiaca** » mediante un apparecchio che dissocia la radiografia delle fasi della rivoluzione cardiaca. (*Academie de médecine*, 17 luglio 1899).

6. Albarran e Contremoulin presentano la « **radiografia di calcoli renali** » appartenenti ad un uomo, che poi fu liberato dei calcoli con la nefrolitotomia. Occorre perchè in tali casi venga ottenuta la radiografia che il malato sia in maggior contatto possibile con la placca sensibile. (*Académie des sciences*, 17 luglio 1899).

7. Schrötter, al Congresso di medicina interna di Karlsbad, ha riferito sugli « **ascessi gassosi delle pareti addominali.** » Egli ritiene che l'ascesso gassoso propriamente detto si deve distinguere oltrechè patologicamente anche dal punto di vista clinico, dall' ascesso nel quale si ha sviluppo di gas. Batteriologicamente, mentre il vero ascesso gassoso è prodotto da speciali batterii anaerobii, in qualsiasi altro ascesso (specie in quelli prodotti da *bacterium coli*), si può avere lo sviluppo di gas, ma come fatto secondario (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 30, 27 luglio 1899).

8. Tavel si occupa della « **tumefazione flogistica che ripetutamente suole manifestarsi nei linfangiomi.** » Pertanto riferisce un caso che ebbe occasione di osservare, e conchiude affermando che tale tumefazione infiammatoria, suole essere di natura infettiva. (*Centralblat für Chirurgie*, n. 30, 27 luglio 1899).

9. Edward Deanesly tratta della « **cura dei restringimenti insormontabili dell'uretra:** » Passa a rassegna e critica i varii processi operativi finora adoperati ed accetta l'escissione del punto ristretto seguita dalla sutura trasversale dei margini della ferita, applicando così alle stenosi uretrali lo stesso principio che si applica alle stenosi intestinali. (*British medical journal*, n. 2013, 29 luglio 1899).

10. Darkschewitch ha impiegato il « **nitrito di soda nella cura della tabe** » ed ha osservato un miglioramento dei dolori folgoranti, dell'atassia e della debolezza degli arti inferiori, qualche volta anche dei disordini vescicali e rettali. Sul nervo ottico il nitrito di soda non ha alcun effetto sfavorevole. Si somministra per iniezioni ipodermiche, iniettando ogni giorno 1 cmc. di una soluzione 1-6 0[0. Si fanno in tutto 80 iniezioni. (*La Médecine moderne*, n. 55, 1899).

DERMATOLOGIA

IL MOROCOCCO DELL'ECZEMA

Nel prossimo Congresso medico di Parigi è posta la quistione della natura parassitaria dell'eczema, Sabouraud ha recentemente trattato questo argomento, occupandosi dei morococchi trovati dall'Unna fin dal 1892. Questi prende occasione dalle osservazioni critiche fatte dal Sabouraud, per svolgere in modo più completo le sue idee sui morococchi e sulla loro importanza in certe dermopatie (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. XXIX, n. 3, 1899). Si tratta di una specie di diplococco non ancora conosciuta, la quale si rinviene nelle vescicole, nelle croste e nelle squame eczematose. Sull' agar, contrariamente allo stafilococco albo, si sviluppa in forma di strisce gialle, bianco grigiastre, nettamente delimitate, e di numerose gocciole isolate, trasparenti. La gelatina viene fluidificata solo superficialmente ed incompletamente. Sulle patate forma pure una striscia biancogrigiastra nettamente limitata senza l'odore caratteristico della cultura di stafilococco. Al semplice esame istologico il morococco si distingue dallo stafilococco, perchè i granuli sono di forma regolare e l' uno distante dall' altro, ed anche meglio dal fatto che nelle culture non rigogliosamente sviluppate la grandezza dei vari individui differisce notevolmente (0,5-1,5μ). Anche nelle due metà del diplococco l' una può essere il doppio dell' altra. Si distinguono dai gonococchi, perchè resistono alla colorazione col jodo (Gonn, Weigert).

In una successiva comunicazione Unna dimostrò i caratteri differenziali tra i cocchi dell'impetigo e quelli dell'eczema. Nell'impetigo i cocchi formano delle serie e dei focolai a forma di grappoli; i cocchi dell'eczema sono diplococchi ed i focolai hanno la forma di more.

Nelle vescicole di eczema i cocchi si trovano in

cumuli completamente separati fra di loro e sparsi in tutta la periferia; nelle vescicole di impetigo i cocchi si trovano tra lo strato corneo e la goccia di pus e si dipartono da qui in forma di raggi. Gli stafilococchi sono sempre estracellulari, i morococchi dell'eczema ora sono liberi, ora si trovano dentro i leucociti. I primi sono di grandezza pressocchè eguale, il loro diametro oscilla tra 2|3-1 μ; i morococchi nelle vescicole di eczema sono di grandezza estremamente variabile (1|2-1 1|2 μ), ed anche le parti di uno stesso diplococco differiscono spesso per grandezza.

Nelle sezioni di cute affetta da catarro seborroico Unna ha dimostrato i morococchi, che avevano una disposizione tale da spiegare i fenomeni principali del catarro, sopratutto la paracheratosi. Lo stesso autore poi é riuscito, inoculando nella cute dell'uomo i morococchi, a produrvi vescicole istologicamente analoghe a quelle dell'eczema e contenenti i morococchi nella stessa disposizione. Inoltre nei conigli ha prodotto arrossimento con caduta dei peli. Con ciò è dimostrata l'azione patogena dei morococchi.

Caratteristico è il parallelismo tra i fenomeni di essudazione e la costituzione batteriologica delle croste e delle vescicole.

Le croste umide sono un terreno nutritivo bene adatto per i morococchi, e quanto più esse sono disseccate, tanto più belli vi si trovano i grossi cumuli moriformi.

Molte particolarità relative al morococco si trovano poi esposte nel trattato di istopatologia dello stesso autore.

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Conferenza internazionale per la profilassi delle malattie veneree

Ricordiamo ai nostri lettori che il giorno 4 settembre prossimo a Bruxelles si apre, sotto il patronato del Governo, e sotto la presidenza del Ministro di Agricoltura, Commercio e Lavori pubblici, la conferenza internazionale per migliorare la legislazione sulla prostituzione e quella per la profilassi delle malattie veneree.

Tutti coloro che si interessano a questa importantissima quistione, che tocca tanto intimamente la esistenza e il benessere morale e fisico dei diversi popoli, possono — come già annunciammo altra volta — liberamente parteciparvi. Anzi il comitato ordinatore non fa che ripetere pubblicamente le sue insistenze perchè appunto medici in genere e igienisti, e venereologi, e giuristi, e statisti e moralisti vogliano accorrervi in buon numero.

Sappiamo che il nostro prof. Tommasoli già da diversi mesi ha compiuta la inchiesta per l'Italia, della quale era stato incaricato del comitato ordinatore belga, ed ha già spedito da tempo la sua lunga relazione nella quale, possiamo annunciarlo fin d'ora senza commettere indiscrezione, sono condensati i germi per radicali riforme.

Sappiamo altresì che allo stesso prof. Tommasoli, dopo l'onore fattogli dal comitato belga, un onore anche più grande è toccato recentemente quello, cioè, di essere incaricato da S. E. il Ministro Baccelli di rappresentare il Ministero della Pubblica Istruzione a questa conferenza internazionale e ce ne rallegriamo cordialissimamente.

Possa questa conferenza che potremmo intitolare, *conferenza per la guerra*, al vizio e ai malanni che ne derivano, concludere qualche cosa di più e di meglio per l'umanità di quel che non abbia concluso la *Conferenza per la pace*.

FORMULARIO

Dujardin-Beaumetz.—Contro la dilatazione di stomaco

1° Salicilato di bismuto, Magnesia inglese, Bicarbonato di sodio . ana gr. 10
Dividi in 30 cartine; 1 dopo ogni pasto.

2° Salicilato di bismuto, Salolo, Magnesia inglese . ana gr. 10
Dividi in 30 cartine, 1 dopo ogni pasto.

3° Se vi ha diarrea si darà:
Salicilato di bismuto, Salolo . ana gr. 10
Dividi in 30 cartine; 1 dopo ogni pasto.

Rummo. — Contro l'ipotonia gastrica e l'astenia generale

Estratto fluido di coca, Estratto fluido di china . ana gr. 20
Pepsina cloridrica. . . . . . » 5
Solfato di stricnina . . . . . » 0,05
Essenza di menta, Essenza di vaniglia . ana gocce X
Alcool vinico edulcorato . . . gr. 110
Vino di malaga . . . . . . » 600

Sciogli e filtra esattamente. Ogni cucchiaio da zuppa contiene gr. 0,001 di stricnina. Se ne diano 1-2-3 cucchiai al giorno prima dei pasti.

NOTIZIE E VARIETA'

Contro la tubercolosi

Oggi che la lotta contro la tubercolosi affatica gli uomini di mente e di cuore, gli individui di ogni classe, studiando e mettendo in pratica dei mezzi atti ad attenuare, a far cessare questa fatale, cronica, epidemia universale, godiamo di ricordare

nel *Fanfulla di Lodi* del 27 novembre 1886 una nota di profilassi della tubercolosi, dell'esimio professore Tansini. Egli fin d'allora conscio dei gravi pericoli per la contaminazione che esistono negli sputi disseccati e degli ambienti dei tisici, raccomanda che questi ultimi vengano espurgati in tutte le loro parti e che si mettano per ciò in uso gli antisettici, anco di poco costo. La sua città natia, Lodi, sarebbe stata allora la prima in Italia in cui, per suo nobile incitamento, si sarebbero promosse delle pubbliche pratiche intese a combattere la propagazione della tubercolosi. Ma la sua fu allora *vox clamans in desertu!*

Igiene pubblica in Francia

In un seduta recente il comitato d'igiene pubblica ha discusso il rapporto del Martin sulla disinfezione con l'aldeide formica gassosa. Le conclusioni sono che l'aldeide formica gassosa costituisce sovratutto un disinfettante di superficie, quali si siano i processi fin qui proposti per il suo uso.

In nessun caso l'uso dell'aldeide può dispensare dall'inviare alla stufa le biancherie, le vesti, i materassi, i tappeti e tutti gli altri oggetti che debbono essere disinfettati con il calore.

La questione del segreto professionale e la denunzia delle malattie infettive in Belgio.

L'Accademia di medicina del Belgio ha chiuso la discussione su di una questione propostale dal governo, se cioè, ci fosse luogo a proclamare la dichiarazione obbligatoria dei casi di malattie epidemiche e contagiose per parte del medico. L'assemblea era divisa in due campi: Gli uni hanno difeso la libertà individuale, il segreto professionale e l'inefficacia della dichiarazione del medico; gli altri hanno combattuto per la difesa della società contro l'individuo ed hanno ammesso che il medico debba far la dichiarazione alle autorità per tutti i casi di malattie epidemiche. La proposizione della dichiarazione obbligatoria è stata adottata per 14 voti contro 5 e 5 astensioni.

I medici e il loro onorario nella Grecia e nella Roma antica

Quando il viaggiatore con curioso interesse osserverà i 199 strumenti di chirurgia che sono stati trovati nella via Nazionale a Pompei, e gli altri numerosi, che sono conservati nel museo nazionale di Napoli, nonchè quelli trovati negli scavi di Roma e che il professore Scalzi ha così bene collezionato; vedendo tutto ciò, il viaggiatore, non potrà fare a meno di pensare con riverenza ai nostri padri antichi, i quali si servivano di tali strumenti con acume e con rara maestria.

Presso i Greci e presso i Romani i medici erano tenuti in gran conto, epperò erano circondati di grande rispetto e di onori, e dippiù erano splendidamente retribuiti. Quale desolante differenza, coi tempi moderni!

Fra i medici dell'antica Grecia (indipendentemente dai grandi maestri, Esculapio, Ippocrate etc.), citiamo Machaon e Podalirius, entrambi figli di Asklepius.

Machaon poteva guarire le ferite, Podalirius aveva ereditato dal padre il potere di vedere attraverso l'invisibile. Democedes si rese celebre ai tempi di Ciro e fu medico del medesimo e immensamente stimato per aver guarita la figlia di Ciro, moglie di Dario, di una ulcerazione alla mammella. Plinio racconta che Cleombrotus, medico del re Antiochio, aveva ricevuto per aver curato il medesimo 100 talenti, un onorario certamente non disprezzabile!

Nella Roma dei Cesari, l'arte medica fu per lo più nelle mani dei Greci.

Archagathos fu uno dei primi ad esercitare la medicina e specie la chirurgia nella Roma antica. Anche in Roma i medici erano tenuti in gran conto ed onorati dell'amicizia degli imperatori e delle persone più ragguardevoli della città. Artorius era amicissimo di Augusto, Asklapo era amico di Cicerone, e Asclepiade era in grande intimità con Crasso.

Plinio afferma che i più bravi medici al tempo dell'impero, come Albutius, Arrautius, Calpetanus, Cassius Rubrius, guadagnavano annualmente non meno di 250000 sesterzi.

Quinto Stertinius, medico favorito dell'imperatore Claudio aveva uno stipendio annuo di 500000 sesterzi. Egli e suo fratello che era egualmente medico al servizio dell'impero, lasciarono una eredità di 30000000 di sesterzi.

Come era ben diversa la condizione dei medici della antichità da quella di noi, esculapi moderni!

GAZZETTINO

BERLINO. *I vini adulterati in Germania.* — Al Consiglio federale è stata presentata la relazione redatta da una Commissione incaricata di studiare la questione dei vini artificiali.

Il Bundesrath dell'Impero presenterà una legge per cui, a partire dall'anno prossimo, la fabbricazione dei vini artificiali sarà proibita.

BERLINO. *Vetture illuminanti per i feriti.* — Si sperimentarono con grande successo alcune vetture illuminanti i campi di battaglia. Esse sono munite di un piccolo motore che agisce sopra una dinamo, la quale proietta fasci di luce fino alla distanza di 100 metri. Si fecero coricare nei campi e nei prati parecchi soldati, fingendosi feriti. Colla vettura illuminante si potettero subito scoprire. I feriti si mettono nell'interno della carrozza, dove sonvi letti sospesi come nelle cabine delle navi e il chirurgo strada facendo può immantinente apprestar loro le prime

cure mediante la farmacia annessa ad ogni carrozza. Durante le prossime grandi manovre queste vetture illuminanti si sperimenteranno su vasta scala.

BERLINO. *25° Anniversario della Società dei medici della Charité.*—Il 13 agosto si festeggiò a Berlino nella sede della Società medica della *Charité*, il 25° anniversario della fondazione del sodalizio. La festa fu tenuta nella nuova aula Virchow. Schaper fece un po' la storia della fondazione della Società, ricordò i nomi di Traube, Westphal, Ewald, Frerichs, Salkowski, Remak, Heidenhain, Brieger etc. Dei socii fondatori sono soltanto due in vita. Schweiger ed Henoch. Come rappresentanti di altre società mediche di Berlino hanno preso parte alla festa von Bergmann ed Olshausen.

BERLINO. *Il museo Virchow.*—Il 27 giugno il prof. Virchow ha inaugurato a Berlino un nuovo museo patologico che porterà il suo nome. Questo museo che è costato 560,000 marchi, contiene più di 260,000 pezzi, raccolti dal Virchow. Questa collezione rappresenta una dimostrazione unica della storia dell'anatomia patologica nell' ultima metà di questo secolo.

BERLINO. *Il titolo di dottore dei medici provinciali e le Facoltà mediche non prussiane.* — Un decreto del regno di Prussia disponeva tempo addietro che per la nomina di medico provinciale fosse necessario possedere il titolo di dottore ottenuto in una della Università prussiane. Questa disposizione ha sollevato una protesta da parte di tutte le Facoltà mediche non prussiane.

BERLINO. *Commissione per la vaccinazione.*—La commissione per la vaccinazione, ha stabilito il modo come debbono esser fatti dappertutto gli innesti, per evitare gli eventuali effetti nocivi e talvolta anche letali.

BERLINO. *Concorso a premio per uno scritto popolare contro il ciarlatanismo medico.*—Furono presentati a questo concorso quindici lavori, e il premio fu assegnato al lavoro del dottor Alexander di Breslau. Inoltre furono assegnati due premi accessorii di 100 marchi l'uno a due altri lavori.

BERLINO. *Igiene delle scuole.* —Ferd. Kemsies, maestro superiore, che ha fatto studi pregevoli sull'igiene delle scuole, ha di recente pubblicato una *Zeitschrift für pädagogische Psychologie*, che contiene parecchie cose importanti per i medici. L' ultimo fascicolo (fasc. 4) contiene anche il resoconto della seduta del congresso psicologico tenuto a Berlino il 12 maggio 1899.

BERLINO. *Medici eminenti del secolo XIX.* — Il prof. I. Pagel di Berlino ha pubblicato un Lexicon biografico dei medici eminenti del 19° secolo, destinato a completare il Lexicon di Hirsch e Gurlt, che va fino al 1888.

LIBRI NUOVI

Libri pervenuti in dono al Prof. G. Rummo— Palermo

L. Luciani. **Fisiologia dell'uomo.** — Milano, Società editrice libraria.

È pubblicato il fascicolo 12. Termina la trattazione degli ordegni nervosi del ritmo respiratorio e comincia quella della linfa e degli scambi materiali tra sangue e tessuti.

F. Fitzgerald. **Pyorrea alveolaris.** — Un vol. in 16 legato. di pag. 62. London-The medical publishing Company.

È la trattazione della piorrea alveolare dal lato anatomo-clinico e terapico e specialmente in rapporto alla medicina generale.

Denisol Pedley. **The Hggiene of the Mouth.** — Un vol. in 12° legato di pag. 93. London, Segg. e C.

L'importanza dell'igiene della bocca va sempre più facendosi strada nel pubblico. Il Pedley ne assegna le norme massime per ciò che riguarda la prevenzione delle malattie dentarie.

F. Seiars. **Traité de chirurgie d' urgence** — Un volume in 8° di 760 pag. con 482 fig.—Paris. Masson, L. 22.

E' un libro che mira a colmare una lacuna lasciata da tutti i trattati di chirurgia. Con un metodo essenzialmente pratico, e per nulla guastato dai soliti quadri schematici. si propone di soccorrere il chirurgo pratico nelle più ovvie contingenze dell'esercizio professionale, in cui ha bisogno un rapido intuito ed un pronto e saggio decidersi, più che le brillanti discussioni scientifiche o le minute osservazioni storiche. Sono per tal modo opportunamente lumeggiate dal lato clinico e terapeutico le quistioni più comuni a presentarsi colla pratica.

F. Lagrange. **Les mouvements mèthodiques et la mecanotherapie.** Un vol. in 8. di pag 470 con 55 fig. Paris F. Alcan L. 10.

Il Lagrange tratta dei movimenti metodici descrivendo prima gli apparecchi di meccanoterapia e soffermandosi poi ampiamente sulle indicazioni dei movimenti metodici, mettendo a profitto i dati dalla fisiologia, della patologia e della clinica.

M. Manheimer. **Les troubles mentaux de l' enfance** — Un vol. in 12. di pag. 190. Paris, Societè d'èditions scientifiques L. 5.

Le malattie mentali dell' infanzia, che hanno tanto interesse sociale e morale, sono state finora trascurate nei trattati di pediatria e di psichiatria. Il Manheimer ripara ora a questo vuoto facendone obietto di un ampio e completo studio sistematico, per il quale ha scritta una prefazione il Joffroy.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIMEDII NUOVI

DIONINA

La dionina è il cloridrato dell' etere etilico della morfina ed è stata introdotta come succedaneo della morfina. La sua formula è $C_{19}H_{23}NO_3 HCL + H_2O$. È una polvere cristallina bianca, di sapore poco amaro, solubile nell'acqua e nell'alcool. Ha il vantaggio sulla peronina, un altro succedaneo della morfina, raccomandato già da G. Schröder, di essere molto facilmente solubile nell'acqua e di non avere sapore sgradevole. La sua solubilità nell'acqua è di 1:7. La dionina si adatta bene ad essere iniettata sotto la pelle, e poichè è di reazione neutra, l' iniezione non produce dolore. Come L. Hesse giustamente fa rilevare, per questa ragione la dionina merita di essere preferita al fosfato di codeina nella cura del morfinismo, poichè le iniezioni di fosfato e di cloridrato di codeina, per la reazione acida di questi preparati, sono molto dolorose.

Altri vantaggi della dionina sulla codeina sono riferibili alla sua azione fisiologica. Sopratutto mancano alla dionina le proprietà tossiche della codeina. Mentre spesso, anche in individui forti, l'iniezione ipodermica di 0,01 gr. di morfina produce nausea e vomito, pallore del volto, polso piccolo ecc., dosi di 0,05 somministrate per la bocca, per il retto o per la via ipodermica non hanno prodotto mai alcun effetto sgradevole. Con la dionina non si sono neppure osservate modificazioni dell'attività cardiaca. Un altro vantaggio sulla morfina e sulla codeina ha la dionina, la quale a dosi terapeutiche non dà luogo a stitichezza, come i primi due preparati.

L'azione narcotica della dionina è inferiore a quella della morfina e della codeina: infatti nessuno degli infermi che prende la dionina si lagna di senso di debolezza e stanchezza nè di sonnolenza, così come quelli che fanno uso della morfina e della codeina.

Questi due ultimi preparati producono talvolta disordini nella eliminazione dell' urina, in forma di disuria, anche dopo piccole dosi, negli adulti: nei bambini piccolissime dosi di codeina possono produrre anuria per 6-12 ore. Anche l'eroina ha questo effetto. La dionina invece nè nei bambini, nè nei vecchi modifica l'eliminazione dell'urina alle dosi attive.

I vantaggi finora enumerati della dionina sulla morfina e sulla codeina si riferiscono alla mancanza di fenomeni accessori sgradevoli; ma la dionina ha inoltre dei vantaggi positivi. La dionina ha qualità eminentemente analgesiche, e merita a questo riguardo di essere collocata accanto ai preparati di morfina. È da notare poi che il suo effetto analgesico si manifesta rapidamente.

Del resto che l'azione della dionina non debba essere inferiore per efficacia a quella della codeina si poteva già fino ad un certo punto affermare a priori, sapendosi che i derivati etilici hanno un'efficacia terapeutica superiore a quella dei derivati metilici: così la fenacetina in confronto alla metacetina, l' etiluretano in confronto al metiluretano ecc.

Meno spiccata è però, secondo Schröder, in rapporto con la morfina, l'azione della dionina sui dolori dei tisici, e sopratutto sui dolori della deglutizione causati dalla laringite tubercolare.

I risultati ottenuti dallo Schröder nei tisici sono i seguenti: la dionina fa cessare o diminuisce lo stimolo della tosse e procura agli ammalati un sonno più tranquillo e più lungo.

Nelle nevralgie, e specialmente nella sciatica Bloch ha ottenuto favorevole effetto combinando insieme la cura elettrica con le iniezioni ipodermiche di dionina.

Lo stesso autore rileva, i favorevoli effetti ottenuti dall'azione analgesica della dionina in un' epidemia di influenza (1898). Accanto alla forma catarrale esistevano in questa epidemia numerose forme reumatiche, con dolori al dorso che si esacerbavano fortemente al minimo movimento. In tali casi fece ottima prova la dionina in forma di suppositorii contenenti ognuno 0,03 gr. di farmaco.

Quest' azione analgesica così spiccata della dionina, spinse il Bloch ad adoperarla in tutti i casi in cui era necessaria l' applicazione di medicamenti e di procedimenti terapeutici dolorosi. Così egli ha eseguito iniezioni preventive di dionina, quando doveva fare il massaggio di articolazioni affette di un processo infiammatorio cronico ed estremamente dolenti, quando doveva eseguire movimenti passivi in arti la cui motilità era limitata, quando si trattava di fare cambiamenti di medicatura dolorosi ecc.

Si rileva molto bene l'azione analgesica della dionina anche quando il suo uso si fa precedere all' applicazione di una carta senapata, alle pennellazioni di tintura di jodo o di guaiacolo sullo scroto nell'epididimite ecc.

L'indicazione più frequente della dionina è, secondo Bloch, nella pratica ginecologica. La

dionina si presta molto bene a mitigare i dolori consecutivi alle instillazioni di nitrato d'argento, alla dilatazione del canale cervicale ecc. A tal uopo può farsi l'applicazione in forma di suppositori, ognuno di 0,04 gr. Merita pure di essere impiegata la dionina in tutte le affezioni dolorose delle vie genitali femminili, specialmente perchè essa non ha l'azione costipante della morfina e della codeina, ed anche perchè è bene tollerata, mentre spessissimo i preparati di morfina in queste malattie producono fenomeni accessori sgradevoli.

Nei dolori dismenorroici, parametrici, nelle ovaralgie, nelle salpingiti ecc. può usarsi con vantaggio una mistura di dionina, da prendersi a gocce (dionina 0,40, acqua di lauro-ceraso 20; 15-20 gocce parecchie volte al giorno).

Nei morfinomani si comincerà a somministrare la dionina alternativamente con la morfina in quantità eguali, poi si proverà di diminuire le dosi di morfina, aumentando quelle di dionina, per arrivare finalmente a sostituire in modo completo la dionina alla morfina. La dose della dionina varierà secondo il grado dell'intossicazione cronica; in qualche malato si è potuto raggiungere la dose di gr. 1 di dionina al giorno. I risultati ottenuti sono assai incoraggianti.

Le dosi della dionina sono quelle stesse della codeina: 0,02-0,03 gr. 2-3 volte al giorno, sia in soluzione acquosa, sia in forma pillolare, sia in forma di suppositori. v. Oefele raccomanda vivamente nei tisici di unire la dionina all'oppio o meglio alla polvere del Dover.

BIBLIOGRAFIA

L. Hesse. *Pharm. Centralb.* n. 1, 1899. — J. v. Mering, in *Merck's Bericht*, 1898 — J. Körte. *Ther Monatsh.* gennaio 1899. — Schröder. *Therapie der Gegenw.* marzo 1899. — v. Oefele. *Klinisch.—Therap. Woc.* n. 21, 1899.—v. Mering. *Presse mèd.* n. 40, 1899. — R. Bloch. *Therap. Monatsh.*, agosto 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

***Dott. I. Càllari,* interno ordinario**

(*Cont. V. num. prec.*)

Eczemi

Oss. I — (Prof. Tommasoli. Modena) F.... Virginia di anni 37 di Modena, sposata. La madre morì per infezione puerperale. Il padre morì di malattia che l'inferma sconosce. Questa soffrì di impetigine a 12 anni. Mestruata a 13 anni sposò a 23 anni ed ha avuto 7 figli. Dopo il primo parto soffrì di emorroidi. Stipsi abituale fin dall' infanzia e nervosismo datante dall'inizio della presente dermatosi: Eczema lichenificato diffuso che pare sia insorto dopo abbondanti metrorragie.

E' ricevuta nella Clinica di Modena addì 21-11-93 e comincia la cura locale con unguento fatto di amido, ossido di zinco e mentolo.

Il 29-11-93 comincia i lavaggi col siero n. 3 ricevendo in tutto gr. 800 di soluzione per 22 iniezioni. Verso gli ultimi giorni della cura si ricorre alla applicazione di unguento di resorcina e poi a quello con acido pirogallico, al cuoio capelluto e alla fronte, dove la dermatosi persiste.

Azione biologica del siero. La temperatura subì un massimo elevamento di 39° mantenendosi nella media di 38° 5 per tutta la durata della cura e sempre la sera. Lievi disturbi nervosi (cefalea-vertigini) durante l'iniezione. Nessuna notizia sull'esame delle urine, del sangue e sulla pesata del corpo prima e dopo la cura. Per l'iniezione in sé, il dolore fu qualche volta notevole e si irradiava al braccio e all'ascella del lato ove l'iniezione veniva fatta.

Correggesi spontaneamente la stitichezza.

Rapida la scomparsa del prurito, la diminuzione della secrezione e del rossore infiammatorio. Restano delle macchie pigmentarie. Dove le squamme si eliminano, resta un eritema e prurito che presto scompaiono. Il 10-2-94 è dimessa dalla clinica guarita, restando solo al cuoio capelluto leggiera forfora per cui si prescrive una soluzione alcoolica di salolo al 5 0|0 per frizione.

Oss. II — M...... Maria di anni 26 da Terrasini, sposata. Genitori ed altri congiunti di buona salute. Soffrì di vaiolo a 3 anni. Disturbi mestruali. La dermatosi: Eczema cronico diffuso si iniziò durante l'ultima gravidanza (la 4ª). Questa recidiva è dall'inferma attribuita ad un dispiacere cagionatole dal marito tre mesi fa (aprile 95). Ha sofferto anche di reumatismo articolare. Nessun disturbo dalle funzioni digerenti. (Dott. La Mensa).

Il 2-7-95 si inizia la cura col siero n. 1 ricevendo in tutto 27 iniezioni, portanti cc. 2450 di liquido. Si fa anche la cura locale: bagni, pasta Lassar, pomata di catrame.

Azione biologica del siero. La temperatura oscillò fra un minimum di 36°,8 e un maximum di 39° al mattino, e fra un minimo di 36°,8 ed un massimo di 38°,5 la sera.

Il peso del corpo, inizialmente di K. 53 salì a 55.500. Esame del sangue: Avanti cura, Globuli rossi 3.883,000 Emoglob. 70. Dopo la cura, Glob. rossi 4,260,000 Emoglob. 86. Avanti la cura, l'urina ci mostrò abbondanti cloruri e scarsa la quantità del liquido. Dopo la cura rimasero sempre abbondanti i cloruri ma la quantità delle urine salì da 1500 a 2000 cmc. nelle 24 ore.

Durante la cura, verso l'8° giorno si stabilisce una diarrea profusa che dura per parecchi giorni, fino alla guarigione mediante bismuto ed acido tannico. Il polso aumentò sempre dopo l'iniezione (95-122). Dopo 40 giorni di cura l'inferma è dimessa guarita.

Oss. III — P........ Giuseppe di anni 45 da

Petralia Sottana. Genitori viventi e sani. La madre è molto nervosa ed impressionabile. Ha 4 sorelle di buona salute. La dermatosi attuale (Eczema cronico diffuso alla faccia, collo, tronco, genitali) data da 3 mesi. (Dott. La Mensa).

Il 1°-5-95 si comincia la cura col siero n. 1.

Riceve in tutto 60 iniezioni portanti complessivamente gr. 7.200 di liquido.

Azione biologica del siero. Mai elevamento di temperatura. Aumento del peso del corpo Kg. 46-Kg. 48. Non si fece esame del sangue. Aumento della quantità delle urine. Costituzione chimica sempre normale. Lievi capogiri e raffreddamento delle estremità con pallore dellla cute, durante l'iniezioni e solo nei primi giorni.

La dermatosi guarì dopo 60 iniezioni, cioè dopo due mesi di cura poichè esse vennero praticate giornalmente, rimanendo delle macchie pigmentate in bianco-brunastro. Il prurito fu il primo fatto a cessare. La desquammazione aumentata in un primo tempo, si arrestò verso gli ultimi giorni fino a scomparire totalmente:

Oss. IV — L....... Pietro, di anni 25 da Caccamo, contadino. Padre morto di polmonite. Madre vivente e di buona salute. L'infermo all'età di 11 anni cominciò a soffrire di convulsioni epilettiche. Queste convulsioni da 1 anno sono cessate. E' beone. D'indole nervosa, irascibile. La dermatosi: Eczema corneo ed umido diffuso data da 14 mesi.

Il 18-2-96 comincia la cura col siero n. 9.

Riceve in tutto 43 iniezioni portanti gr. 7.800 di liquido.

Verso gli ultimi periodi si adoperano polveri assorbenti.

Azione biologica del siero. Solo nei primi sette giorni si ebbe elevamento di temperatura alla sera, che arrivò ai 39°,6 ed ai 38°,5 dopo la iniezione. Il peso iniziale del corpo, da Kg. 60 scese a Kg. 59.800. Non fu fatto esame del sangue, nè esame delle urine. Notevole la comparsa di un ascesso alla natica sinistra con dolore che si irradiava a tutto l'arto inferiore dello stesso lato.

Brividi di freddo e tremore durante l'iniezione, nei primi giorni, con aumento del polso e del respiro cui seguiva alta temperatura.

Dopo due mesi di cura la dermatosi guarisce completamente, rimanendo solo una lievissima desquammazione furfuracea agli arti inferiori. Rapida la scomparsa del prurito e del rossore cupo infiammatorio delle chiazze eczematose umide. Attiva desquammazione in sull' inizio della cura che poi diminuisce sensibilmente.

Oss. V. — C..... Rosaria di anni 6 da Palermo. Genitori e due fratelli di sana costituzione fisica.

Stipsi abituale interrotta talvolta da scariche puzzolenti. L'attuale dermatosi: Eczema umido diffuso data da 1 mese (viso, ascelle, gomiti, ginocchi, coscie).

Il 10-1-97 si inizia la cura col siero N. 2.

Riceve 52 iniezioni portanti gr. 6.500 di liquido.

Azione biologica del siero: Nessun elevamento di temperatura. Peso iniziale del corpo Kg. 32,700. Dopo la cura Kg. 34.200.

Non fu praticato nè l'esame delle urine nè quello del sangue. Nessuna reazione locale e generale durante e dopo l'iniezione. La stipsi si modifica senza l'intervento di purgativi.

L'inferma è dimessa il 14-3-97 guarita.

Le modificazioni più importanti della dermatosi furono: un' attiva produzione di siero fino al 30° giorno di cura. La quantità del siero poco a poco diminuisce scomparendo contemporaneamento il rossore infiammatorio ed il prurito. Restano macchie bianco-brunastre.

Oss. VI. — B..... Felicia di anni 67 di Sciara. Nessun fatto anamnestico degno di nota.

Si lagna di ostinata stitichezza.

La dermatosi: Eczema umido delle gambe, coscie e braccia, data da 1 anno.

Il 22-6-97 s'inizia la cura con siero N. 2.

Riceve 36 iniezioni portanti gr. 5.200 di liquido.

Azione biologica del siero: Elevazione di temperatura di qualche grado nei primi giorni di cura.

Nessuna reazione locale e generale. L'esame del sangue e delle urine non fu praticata.

La stipsi si corregge senza l'uso di purgativi. Le modificazioni subite dalla dermatosi possono paragonarsi a quelle del caso precedente.

L'inferma fu dimessa guarita.

Oss. VII. — L....... Caterina di anni 28 da Sciacca, sposata.

Da 8 mesi soffre di stitichezza e siccome in quel periodo allattava, l' inferma attribuisce allo allattamento l' insorgere della dermatosi che data appunto da 8 mesi. Oltre alla stitichezza soffre di vertigini e di cefalea.

Il 4-3-96 si inizia la cura col siero N. 2.

Riceve solamente 9 iniezioni portanti gr. 1.475 di liquido, poichè si dovettero sospendere per il forte dolore che esse cagionavano oltre a fenomeni nervosi quali: cefalea intensa, vertigini, perdita passeggiera della coscienza, sudore freddo e tremore.

Questo caso non ha alcuna importanza, non potendosi per sole 9 iniezioni ricavare alcuna conclusione sulla azione del siero, tolti i gravi fenomeni nervosi immediati.

Oss. VIII. — D...... Giuseppe di anni 63 da Palermo, macellaio. Padre morto di colera, la madre di pneumonite. Da piccolo soffrì di reumatismo articolare e da quattro anni, di bronchite cronica. E' beone e soffre spesso di stipsi e di diarrea.

L'infermo è affetto da eczema cronico delle gambe ed acne rosacea del volto. L' eczema data da 6 anni, l'acne da 3 mesi.

Il 25-2-96 si inizia la cura col siero N. 1. ricevendo in tutto 39 iniezioni, portanti gr. 7.400 di siero: oltre i lavaggi, si applicano alle gambe pomate astringenti, cerotto diachylon. Al volto si applica pomata di zolfo ed ossido di zinco e talvolta glicerina.

Azione biologica del siero: La temperatura

subì un elevamento massimo di 38°.4 dopo la iniezione.

Il peso iniziale del corpo da Kg. 53.400 salì a Kg. 54,100.

L' esame del sangue e delle urine non fu mai fatto. Le iniezioni furono sempre ben sopportate e senza reazione nè locale nè generale di grande importanza, tolto l' elevamento di temperatura dei primi giorni.

La stitichezza si corregge con l'uso dell'acqua di Ianos.

Nessuna modificazione del respiro e del polso. Le dermatosi subirono pochissime modificazioni in riguardo al prurito. L'ammalato uscì dalla clinica migliorato.

Prurigini e pruriti

Oss. I. — P..... Massimiliano di anni 19 da Palermo.

Prurigo diatesica — Nulla nel gentilizio. La malattia attuale risale a circa un anno addietro con prurito intenso. La testa, le mani, i piedi sono le sedi rispettate. Altrove si vedono crosticine di sangue. Da due anni stipsi ostinata.

Il giorno 30-3-96 si cominciano le iniezioni adoperando l'acqua di Ianos bollita e filtrata (Siero N. 4).

Riceve in tutto 30 iniezioni in due periodi portando complessivamente gr. 5.500 di liquido. Bagni semplici.

Azione biologica: Mai aumento di temperatura nè dopo l'iniezione nè la sera.

Il peso iniziale del corpo, di Kg. 49 salì a Kg. 52.800. Non venne fatto l'esame del sangue. Dallo esame delle urine all'inizio della cura rilevammo traccie di albume, scarsi gli urati ed i fosfati.

La quantità d' albume aumenta e gli urati ed i fosfati si fanno scarsi verso la 10ª giornata di cura. Alla 16ª giornata l'albume è assente, e riappare al 24° giorno di cura (0,30 per mille). Da questo giorno l' esame viene ripetuto giornalmente finchè le urine appaiono normali il 12-6-96, quando vien dimesso.

Nessuna reazione nè locale nè generale in seguito alla iniezione. Si dà acqua di Ianos per la stipsi e si corregge.

Il sintoma culminante della malattia, il prurito, subì dapprincipio delle oscillazioni di miglioramento e di peggioramento. Verso gli ultimi giorni di cura era tanto aumentato che l'infermo non volle più sottomettersi alla cura e si dovette ricorrere a pomate calmanti, dando anche internamente dell'acido fenico. Si nota la comparsa di pomfi al collo, braccia, petto, dorso e l'ammalato si gratta maledettamente.

L'infermo, peggiorato, abbandona volontariamente la clinica il 12-6-96.

Oss. II. — A...... Giuseppe di anni 42 da Palermo, spazzino municipale.

Prurigo cronica: Nullo dal lato ereditario. Vita di strapazzi, scarsissima alimentazione, nervosismo, stipsi; è beone. La malattia data da 5 anni e per ogni anno si verificano da 2 a 3 recidive. Il prurito è intenso.

Manifesti segni di grattamento e in parecchi punti eczematizzazione.

Il 9-5-97 s'inizia la cura col siero N. 1. Riceve 12 iniezioni per gr. 2.425 di liquido.

Azione biologica del siero: La temperatura aumentò di qualche grado solo nei primi giorni raggiungendo il massimo di 38° 6 la sera.

Il peso iniziale del corpo, di Kg. 47.200 salì a Kg. 49.200. Glob. rossi 4.500.000 Emogl. 65. Dopo la cura: Glob. rossi 4.000.000 Emog. 98.

Abbondanti i cloruri nelle urine. Normali le urine dopo la cura. La stipsi si guarisce con l'acqua di Ianos.

Senza l' intervento di altre cure scompare in primo luogo il prurito e conseguentemente le manifestazioni ad esso secondarie. Si licenzia guarito il 21-5-97.

Oss. III. — L...... Rosario di anni 22 da Palermo, garzone di bettola. E' un gran beone. Tremore delle mani.

Prurito degli alcoolisti (?) La affezione cutanea data da 5 anni. Il prurito è intenso e malgrado ciò non esistono manifestazioni cutanee secondarie al grattamento. Egli avverte, specie di giorno, come delle vive punture di spillo. Ha fatto parecchie cure. Consultato uno specialista di malattie nervose fece delle correnti elettriche e prese del bromuro di potassio, senza ricavare alcun vantaggio.

Il 9-2-97 comincia le iniezioni col siero N. 1, che furono in numero di 6, portanti gr. 1.500 di liquido. Gli si proibisce di bere molto vino, malgrado si ribelli cercando di acquistarlo dai compagni di sala.

Azione biologica del siero: Mai elevamento di temperatura. Non furono fatte nè pesate, nè esame del sangue nè delle urine. Nessun disturbo locale o generale per le iniezioni. Funzioni digestive sempre normali.

Scompaiono le punture ed il prurito, sintomi che al dire dell'infermo, egli mai vide cessare. Esce di clinica, guarito il 14-2-97.

Oss. IV. — B...... Benedetto, di anni 54 da Palermo.

Soffre di ittero catarrale, accompagnato da dolore alla regione epatica e da intenso prurito. Feci biancastre diarroiche.

Prurito da ittero: L'ambito cutaneo, intensamente colorato in giallo presenta delle crosticine di sangue sparse qua e là per effetto del grattamento.

Il prurito data da 20 giorni circa, quando cioè cominciarono i fenomeni itterici assieme ai disturbi digestivi.

Il 24-12-96 comincia le iniezioni. Ne riceve 10 per gr. 3.301 di siero N. 1

Azione biologica del siero: Elevamento di temperatura al 1° e al 4° giorno di cura e solo di sera (38°6-39°). Nessuna pesata fu fatta, nè l'esame del sangue. Le urine al suo ingresso in clinica mostrarono traccie di pigmento biliare. Il resto dei principi, normali, e normale anche la quantità. Nessuna reazione locale e generale per l'iniezione.

La stitichezza osservata qualche giorno, al-

ternata da scariche diarroiche cretacee, scolorate, si corregge senza l'intervento di purgativi.

Le modificazioni generali possiamo riassumerle così:

Il colorito della pelle, prima intensamente giallo, cominciò a sbiadire verso il 5° giorno. Le feci vanno prendendo il colorito normale e la consistenza normale. Le urine si fanno più abbondanti e dopo un leggero aumento dei pigmenti biliari, si presentano normali nella loro costituzione chimica al 6° giorno di cura. Il prurito cessa come per incanto al 4. giorno di cura. Quest'insieme di fatti ci fa osservare come la funzione biligenica primitivamente alterata è tornata al normale per effetto esclusivo del siero.

L'infermo esce guarito il giorno 6-1-97.

Oss. V. — N....... Vincenzo di anni 60 da Caltanissetta.

Prurito senile: La malattia data da 30 anni circa. Dal principio dell'inverno '95 il prurito, che fin allora si limitava alla regione genito-anale, si è generalizzato. Si notano manifestazioni secondarie al grattamento. Stipsi.

Il 18-2-96 si iniziano i lavaggi col siero n. 1. Riceve in tutto 44 iniezioni in due mesi di degenza in clinica portando complessivamente gr. 8.150 di liquido. Qualche volta si adoperò soluzione alcoolica di mentolo sui punti della pelle più pruriginosi.

Azione biologica del siero: Raramente elevazione di temperatura (38°2) dopo l'iniezione. Il peso iniziale del corpo, di Kg. 56, salì a Kg. 61. 400. Non furono fatti gli esami del sangue e delle urine. La stipsi si corregge con la somministrazione di acqua Ianos.

L'infermo è licenziato il 16-4-96 non accusando più prurito ed essendo guarite le poche manifestazioni secondarie al grattamento.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

HÔTEL-DIEU DI PARIGI Prof. Duplay

Stenosi cancerosa dell'esofago

Si tratta di un malato di 62 anni, commissionario, entrato nel riparto di Duplay il 2 marzo.

Prima della malattia presente ha goduto buona salute. Però è notoriamente sifilitico da venti anni.

Sette mesi addietro circa, senza causa apprezzabile, ha cominciato a soffrire un certo disturbo nella deglutizione, che si è accentuato progressivamente in modo che da un mese gli alimenti solidi non possono più passare e sono immediatamente rigettati. Solo i liquidi possono arrivare nello stomaco. Tuttavia può di tratto in tratto inghiottire qualche piccolo boccone di pane, bevendo contemporaneamente qualche sorso di acqua. Non ha vomito. Non vi ha nulla dal lato dello stomaco e dello intestino, tutti gli altri organi sono sani. Però il malato è dimagrato notevolmente.

Per questo solo sintoma, la disfagia, bisogna ammettere un ostacolo risiedente in un punto dello esofago, ostacolo che consisterà forse in una stenosi di questo condotto.

La disfagia può esser dovuta o ad un ostacolo esteriore comprimente l'esofago, o ad un corpo estraneo collocato all'interno del canale, o ad una stenosi dipendente da una lesione delle pareti esofagee.

Non esiste certamente una causa di compressione risiedente nella regione cervicale; non si rileva, per la percussione ed ascoltazione, la presenza di un tumore endo-toracico, suscettibile di comprimere la porzione toracica dell'esofago, come potrebbe farlo, per es: un aneurisma aortico.

D'altro canto non vi ha nulla nei commemoratici che autorizzi a sospettare la presenza d'un corpo estraneo nell'interno dell'esofago. Si tratta quindi certamente di una stenosi dipendente da una lesione organica o funzionale delle pareti esofagee. Tale diagnosi è confermata dall'esame diretto, fatto mediante la sonda esofagea olivare.

In questo malato un'oliva di mm. 15 di diametro è arrestata a cm. 29-30 dagli incisivi superiori; togliendo cm.12-14 rappresentanti la distanza che corre tra i detti incisivi e l'orifizio faringeo dell'esofago, siccome la lunghezza totale dell'esofago è di cm. 25 circa, la stenosi deve trovarsi nella sua metà inferiore. La stenosi misura approssimativamente mm. 9,5 (oliva n. 28). Per misurare la lunghezza della porzione ristretta dell'esofago, si pratica il cateterismo successivamente con due olive differenti, di cui l'una, troppo grossa per superare la stenosi, è arrestata quando arriva a livello della coartazione, ciò che permette di determinare la distanza alla quale si trova il suo limite superiore, mentre l'altra, meno voluminosa e suscettibile di traversare a strisciamento la parte ristretta, sarà nondimeno arrestata appunto per la sua forma, allorquando dopo avere oltrepassato l'ostacolo, la si riconduce dolcemente dal basso in alto, di modo che, misurando sulla sonda la distanza che separa il margine degli incisivi superiori dalla parte rigonfiata dell'oliva, si ottiene la distanza esistente tra l'arcata dentaria e l'orifizio inferiore della stenosi. Non resta che sottrarre la prima cifra dalla seconda, per avere una misura approssimaliva dell'altezza a cui si trova la porzione ristretta dell'esofago.

In questo malato il limite superiore della stenosi si trovava a cm. 29 o 30 dagli incisivi superiori; ora, l'arresto al ritorno si produceva a cm. 36 circa: la lunghezza della stenosi è quindi 6-7 centimetri.

Però i risultati di queste misure debbono essere considerati come solamente approssimativi.

La stenosi esofagea essendo dimostrata, occorre ora determinare la natura. Esistono infatti, molte varietà di stenosi: *spasmodica, infiammatoria o cicatriziale, organica* (sifilide, tubercolosi, cancro).

Qui l'idea di una stenosi spasmodica può essere eliminata. Quantunque più frequente di quanto non si pensi nell'uomo, di una certa età, pure questa

varietà si osserva sovratutto nelle donne e nei giovani. Coloro che ne sono affetti, sono generalmente dei nevropatici, e questo infermo non può essere posto in tale categoria. D' altro canto la stenosi spasmodica ha sede non alla parte inferiore e media del canale. ma alla sua parte superiore. Infine ciò è patognomonico, la disfagia presenta delle alternative di miglioramento e d'aggravamento, e può anco scomparire in certi momenti per riapparire in seguito bruscamente ad un grado accentuatissimo, qui nulla di tutto questo.

Le stenosi infiammatorie o cicatriziali succedono ai traumi, all' introduzione accidentale di corpi estranei, che soggiornarono più o meno lungamente nell'esofago, od, infine sovratutto, ad ingestione di liquidi bollenti o corrosivi. In questo malato l'anamnesi è completamente muta su tal riguardo.

Le stenosi, dette organiche, possono essere prodotte dalla sifilide, dalla tubercolosi e dal cancro, Le stenosi sifilitiche e tubercolari dell'esofago paiono essere di una estrema rarità; molti autori anzi ne negano l'esistenza. L'ammalato presente non ha antecedenti tubercolari, ma é però un sifilitico. Nondimeno le stenosi sifilitiche, secondo le rare osservazioni pubblicate, han sede verso l'orifizio superiore dell'esofago.

Così che, per esclusione, il Duplay è condotto a stabilir la diagnosi di *stenosi cancerosa*, questa diagnosi è confermata da altri indizi. Se in questo malato non esistono antecedenti ereditarii, nè gangli degenerati nella regione sopra-claveare (fatto frequente a riscontrarsi nel cancro esofageo), pure il sesso, l'età debbono essere considerati come costituenti una predisposizione importante. Infatti, secondo il Mackenzie, il cancro dell'esofago si sviluppa nell'uomo nella proporzione del 71 0[0, ed il suo massimo di frequenza si osserva tra 50-60 anni. Di altro canto, la rapidità, con la quale la disfagia si è aggravata, è in favore dell'idea di una lesione cancerosa. Si può dir lo stesso della sede di coartazione, benchè ciò non abbia un valore assoluto. Per queste diverse ragioni si può concludere che si tratti di una stenosi cancerosa, e, secondo le conoscenze istologiche che si posseggono, di un epitelioma, perchè questa forma di cancro é quella che si riscontra quasi costantemente nell'esofago.

Come per ogni cancro in genere, la diagnosi etiologica sfugge intieramente. Solo l'eredità costituisce, perciò che concerne le affezioni cancerose, un fattore etiologico frequentemente costatato. Essa fa difetto in questo malato. Certi autori hanno creduto potere incriminare l'alcoolismo, che non esiste in lui, ed il tabagismo che non pare abbia goduto in lui un ufficio importante, poichè fumava senza esagerazione.

La prognosi del cancro esofageo comporta fatalmente una terminazione fatale, sopravveniente a capo di un anno e mezzo e nelle condizioni le più penose, perchè, se non si soccombe in seguito ad una complicanza, l'ammalato finisce forzatamente per inanizione.

La generalizzazione cancerosa si osserva assai raramente nel cancro dell'esofago, verisimilmente in ragione della rapidità dell'esito fatale risultante dal difetto dell'alimentazione.

Fra le complicanze che spesso precipitano la fine, son da segnalare quelle che capitano nella pleura e nel pulmone, per semplice contiguità o per perforazione dell' esofago, consecutiva ad un' ulcerazione progressiva delle sue pareti o provocata da un cateterismo brutale. L'esofago può così trovarsi in comunicazione sia con la trachea o con i bronchi sia con la pleura, e si osservano allora degli accidenti infettivi di una gravità estrema, come la pulmonite e la gangrena pulmonare o la pleurite purulenta che terminano rapidamente con la morte.

Indipendentemente da questi accidenti per infezione diretta, si é notata la tubercolosi pulmonare, in ragione del terreno particolarmente favorevole creato dall'inanizione.

Infine, la morte può essere dovuta ad una emorragia, talvolta fulminante, risultante dall'apertura per ulcerazione di un vaso esofageo a livello della stenosi, o più spesso dalla perforazione con lo stesso meccanismo di uno dei grossi tronchi vascolari vicini, come la carotide primitiva, l'aorta.

La cura del cancro esofageo è estremamente precaria, e si può dire che non esiste un trattamento curativo, anco per i cancri accessibili, occupanti la porzione cervicale dell'esofago. Qualche tentativo di estirpazione si è fatto contro questi ultimi da operatori che il Duplay consiglia di non imitare. Il cancro esofageo dunque non ammette se non una cura palliativa, che deve avere per iscopo di prolungare l'esistenza del malato assicurando la sua alimentazione sia con il cateterismo che con la gastrostomia. Si é ancor proposta l'esofagotomia esterna, per i cancri occupanti la porzione cervicale dell' esofago, allorquando è possibile aprir questo al disotto del neoplasma; ma una simile contingenza è raramente realizzata, di guisa che quest'operazione non è quasi mai applicabile.

L'alimentazione con la sonda costituisce la cura di scelta, fino a quando la stenosi è sormontabile senza difficoltà. In queste condizioni si può ricorcorrere sia al cateterismo intermittente, sia, ciò che è preferibile, all'uso della sonda a permanenza, introdotta per il naso. Questa sonda è stata spesso perfettamente tollerata durante molti mesi, talvolta anco per un anno intero. In un caso del Prengrucher un aumento di peso di 20 libre circa si era prodotto in un mese, sotto l'influenza della alimentazione assicurata dalla sonda a permanenza.

Certi chirurgi hanno cercato di sostituire alla sonda ordinaria una canula a permanenza, realizzante una vera intubazione dell'esofago. Leyden e Renvers hanno usato un tubo di caoutchouc

indurito, lungo cm. 3, a forma di imbuto, che si introduce con un mandrino ed al quale sono fissati due fili destinati all'estrazione. Una ammalata di Renvers ha potuto mantenere questa canula per 10 mesi ed ingrassò di 16 libbre in un mese; un'altra acquistò 24 libbre in meno di 2 mesi. Non si possono negare i vantaggi considerevoli di questo metodo, dal punto di vista delle sensazioni del malato, che non è così privato del senso dei sapori come avverrebbe con la sonda. Disgraziatamente esso presenta certi inconvenienti nella collocazione della canula, nella spostabilità di questa, nella introduzione di particelle alimentari tra canula e parete esofagea capace di produrre gravi accidenti.

Per queste diverse ragioni il Duplay crede che sino a nuovo ordine, si deve ricorrere meglio allo uso della sonda ordinaria.

Nei casi di stenosi insormontabile la gastrostomia costituisce la sola risorsa che permetta di assicurare l'alimentazione. Quest' operazione eccellente allorquando si nota una stenosi cicatriziale suscettibile di essere guarita ulteriormente, dà dei risultati molto mediocri quando essa è applicata come mezzo di cura palliativa del cancro esofageo. Malgrado il miglioramento delle statistiche, sotto la influenza dei progressi della tecnica, la mortalità operatoria resta considerevole e le guarigioni non corrispondono spesso che ad una vita di qualche giorno; secondo il Lagrange, gli ammalati sopravvivono 19 giorni circa.

Da qualche tempo i chirurgi manifestano una tendenza, presso a poco unanime, ad operar presto pria del periodo della cachessia; è permesso allora di sperare che la precocità dell' intervento, con i perfezionamenti della tecnica operatoria, contribuirà a migliorare i risultati della gastrostomia nel cancro esofageo ed a fornire una vita più lunga.

Così il Duplay consiglia di ricorrere alla gastrostomia, non solo come si faceva ordinariamente nei casi di stenosi insormontabile in cui quest'operazione costituisce il solo intervento possibile, ma ancora quando si tratta di stenosi tuttavia sormontabili, fin da quando la deglutizione dei liquidi comincia ad effettuarsi difficilmente e pria che l'indebolimento del malato e il suo dimagrimento sieno troppo accentuati.

È utile ricordare brevemente i tempi principali del manuale operatorio della gastrostomia. Si incide la parete addominale su una lunghezza di cm. 6-7 ad 1 cm. 1|2-2 dal margine delle false coste e parallelamente ad esso, senza oltrepassare in basso una linea orizzontale riunente i margini delle cartilagini della IX e VII costola. Dopo l' emostasi della parete e l'apertura del peritoneo, si arriva sullo stomaco seguendo la faccia inferiore del lobo sinistro del fegato, e lo si attrae in fuori a livello della grande curvatura; poi lo si fissa in questa posizione mediante sei punti di sutura che l'uniscono alle labbra della ferita del peritoneo parietale. Il resto della ferita della parete è chiuso al di sopra e al di sotto con punti che comprendono il foglietto sieroso parietale ed una porzione solamente dello spessore della parete. Si punge quindi lo stomaco con il bistouri, facendo una ferita di cm. 1 circa, poi si suturano le labbra della ferita gastrica, compresane la mucosa, ai margini dell' incisione cutanea. È preferibile di lasciare beante la fistola gastrica senza porvi una sonda a permanenza ed introdurvi una sonda ad ogni pasto. Si avrà cura di ungere della vaselina borica nei dintorni della ferita e di spolverar questa con carbonato di magnesia per neutralizzare l' acidità del succo gastrico.

Si è preconizzata l'operazione in due tempi, come più facile e più sicura; questo processo non può essere applicato se non nei casi in cui c' è tempo di attendere.

La questione del regime è importantissima. Se la cosa è possibile, si aspetterà 2-3 giorni prima di utilizzare la fistola per l'alimentazione. All'inizio, s'introdurrà nello stomaco con la sonda, ogni due ore, gr. 60-120 di latte, di brodo concentrato, di succo di carne, di champagne; più tardi l' alimentazione sarà più sostanziosa e si comporrà di polvere di carne, di carne tritata, di purées alimentari. A capo di 3 settimane o di un mese, il malato si alimenterà da sè mediante un tubo od una sonda molle di piccolo calibro, nell'istesso tempo dovrà continuare a prendere degli alimenti liquidi per l'esofago, se la cosa è possibile.

Nell' ammalato presente, che inghiotte ancora facilmente i liquidi, e di cui la stenosi lascia passare una sonda di mm. 8-9, sarebbe eccessivo, dice il Duplay, di praticare la gastrostomia, poichè l'ammalato può alimentarsi ed essere alimentato artificialmente con la sonda, ma è necessario di completare la sua alimentazione amministrandogli ogni giorno un pasto più sostanzioso di quello che egli prende sotto forma liquida. Se, ulteriormente la sonda non potesse più passare facilmente; si farebbe la gastrostomia. (*Le Bulletin mèdical* n. 62, 5 agosto 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V. CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA
tenuto a Lilla dal 28 luglio al 1 agosto 1899

VI

Collet. **Diagnosi ematoscopica dell'anemia perniciosa progressiva.**—La quantità di emoglobina contenuta in ciascun globulo rosso è un segno importante dell 'anemia perniciosa e permette di distinguerla dall'anemia cancerrigna ove vi è diminuzione del valore globulare. Una donna di 45 anni entra all'ospedale con disturbi digestivi, e perdite fetide. datanti da sei mesi; alla esplorazione vaginale si sente un' utero globoso che dà l' impressione di

un cancro del corpo, l'esame del sangue mostra una anemia considerevole, ma con valore globulare eguale o un po' superiore alla unità. L'autopsia ha mostrato che si tratta di anemia perniciosa e non di cancro.

Combemale e Oui. **Glicosuria alimentare delle donne gravide.**—I loro risultati ottenuti col saccarosio confermano quelli ottenuti da Charrin col glucosio. Nei casi dove hanno potuto esplorare la permeabilità e la tossicità urinaria, hanno costatato il regolare funzionamento del rene, nello stesso tempo che una ipotossicità urinaria manifesta, e in tutti questi casi la prova della glicosuria alimentare è stata positiva.

Cassaët e Beylot. **Condizioni per assicurare l'efficacia delle inalazioni medicamentose.**—Hanno cercato di fissare il punto sin dove penetrano nei bronchi i vapori inalati; epperò hanno studiato l'inalazione dei vapori di acido osmico comparativamente negli animali tracheotomizzati e in quelli non tracheotomizzati, nei primi il polmone è impregnato di acido osmico sino al suo estremo periferico, nei secondi, la penetrazione è stata meno profonda. Questi risultati spiegano come la tracheotomia, che, come si sa, favorisce le infezioni polmonari, possa egualmente agevolare la loro guarigione.

Rispal. **Pneumonite cronica ulcerosa con espettorazione di voluminosi frammenti di parenchima polmonare.** — Un ammalato osservato dall'autore aveva emesso dalla bocca dei frammenti considerevoli di tessuto polmonare, accompagnati da emottisi, e con segni stetoscopici di indurimento di uno dei polmoni, per cui aveva creduto dietro un esame microscopico estemporaneo che si trattasse di fatti di gangrena. Ora l'esame istologico ha mostrato che si trattava di uno di quei rari esempi di pneumonite cronica ulcerosa, descritta da Charcot nel 1860.

Carageorgiadés. **Dell'orticaria pleuritica.** — Ha quasi sempre osservato, al periodo di declinazione di ogni pleurite siero-fibrinosa acuta a frigore, la comparsa di una eruzione di orticaria più o meno intensa. Questa orticaria compariva generalmente al momento del riassorbimento dell'essudato. I pomfi per lo più avevano sede al tronco, e all'addome. Dopo alquanti giorni l'eruzione scompariva; essa sembrava proporzionata in intensità e durata non tanto alla quantità del versamento, quanto alla rapidità del suo riassorbimento. L'origine di questa orticaria, che non è menzionata nei trattati, deve essere attribuita, senza dubbio alla intossicazione dell'organismo per opera delle tossine dell'essudato pleuritico, tossine che sono lanciate nel circolo linfatico, durante il lavoro del riassorbimento. È un orticaria tossinica simile a quella che sopravviene in seguito ad una iniezione sottocutanea di un siero organico. L'orticaria pleuritica, è interessante a conoscersi sopratutto come elemento prognostico della pleurite siero-fibrinosa acuta. La sua comparsa, costituisce in effetti, secondo Carageorgiadés un segno prognostico molto favorevole, e tanto più favorevole, quanto più precoce e più intensa sarà stata l'efflorescenza. Invece la sua comparsa tardivamente e discreta fa temere una convalescenza lunga, protratta e che si complica spesso alla tubercolosi.

Movimento biologico universale

1. Marchetti si occupa «**della percentuale di azoto della albumina orinaria.**» Da numerose analisi risulterebbe che la composizione centesimale della siero-albumina e della siero-globulina umana fosse identica per entrambe almeno riguardo all'azoto. Quindi l'importanza prognostica del rapporto tra globulina e sierina nella urina brightica, decantata da alcuni, perdeva valore anche pel fatto che la perdita in azoto del nefritico è sempre perfettamente eguale. Mentre adunque tra sierina e globulina del cavallo esisterebbe, secondo Hammarsten, una differenza nel contenuto percentuale di N tra sierina e globulina umana tale differenza non esisterebbe. (*La Settimana medica*, n. 31, 5 agosto 1899).

2. Veeck si occupa «**dell'emoglobinuria parossistica essenziale.**» Conclude che è un sintomo che si può riscontrare nel corso di diverse affezioni. La varietà descritta sotto il nome di emoglobinuria parossistica essenziale si riscontra spesso in sifilitici o in malarici e sopravviene sia in seguito a freddo per lo più, sia in seguito a sforzo fisico; cammino, corsa parossistica, da emoglobinuria. Si riscontra anche in individui senza alcuno antecedente dello stato morboso in parola. L'idroterapia gli ha dato eccellenti risultati. (*Thèse de Paris*, 1898-99).

3. William J. Doyle riporta un «**caso di ascesso cerebrale.**» Si è avuto in persona di un bambino di tre mesi, che contemporaneamente ha avuto eresipela della testa e della faccia. Con la trapanazione e l'evacuazione si è ottenuta la guarigione. (*New-York medical journal*, n. 1078, 29 luglio 1899).

4. Babès e Bacoucca studiano «**la prevenzione e la guarigione dell'epilessia tossica con l'iniezione di sostanza nervosa normale.**» L'azione antitossica della sostanza nervosa è tale da fare scomparire l'epilessia provocata dall'assenzio. (*Acadèmie des sciences*, 17 luglio 1899).

5. Concetti fa uno studio «**sulla amiotrofia idiopatica diffusa.**» Conchiude che il voler dividere e suddividere le stesse forme morbose in tipi e sotto-tipi non fa che arrecare confusione ed aumentare le difficoltà nel campo già abbastanza incompletamente inesplorato della patologia neuromuscolare. Perciò nell'atrofia muscolare progres-

siva bisogna restare nel concetto dell'unicità patologica, salvo in ogni singolo caso a descrivere le modalità che la individualizzano non come malattia a sè, ma come manifestazione speciale della identica forma morbosa. (*La Pediatria*, n. 7, luglio 1899).

6. FAREZ riferisce un caso curioso di **« incontinenza spasmodica urinaria »** durante il coito in una donna isterica. Essa soffriva una specie di balbettamento urinario (*bégaiement urinaire*); in presenza di un' altra persona (suo marito) la vescica era come paralizzata, lo sfintere era per così dire tetanizzato, per una specie di inibizione psichica; così che era costretta di andare a letto e coabitare con la vescica piena. La donna fu guarita mediante la suggestione ipnotica. (*L'Indèpendance mèdicale*, n. 31, 2 agosto 1899).

7. SOMMA porta un **« contributo clinico alla cura della bronco-pneumonite asfittica dei bambini con gl'impacchi freddi del torace a permanenza. »** Conclude che l'impacco freddo a permanenza del torace od anche generale di tutto il corpo, debba essere considerato come l' unico e solo rimedio da mettersi in atto in tutte quelle forme sia di bronchite capillare, sia di bronco-pneumoniti primitive e secondarie a malattie infettive, nelle quali la profonda adinamia, la grande agitazione, l'insufficienza cardiaca, la difficile o soppressa espettorazione con sintomi di asfissia gravissima, fanno correre seriissimo pericolo di vita a tanti poveri bambini. (*La Pediatria*, n. 7, luglio 1899).

8. A. BIER si occupa dei **« disordini di circolazione che si manifestano dopo e durante l' anemia artificiale alla Esmarck »**. Dalle sue osservazioni si rileva che l'interruzione passeggera del circolo sanguigno causa l'iperemia consecutiva reattiva, la quale non è per nulla sotto l'influenza del sistema nervoso periferico. Le modificazioni chimiche e fisiche che succedono quando si interrompe la circolazione dànno luogo ad uno stimolo, il quale dilata i vasi periferici non causandone la paralisi, ma diminuendo la resistenza che il circolo arterioso incontra il quella data parte del corpo. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 31, 1899).

9. W. LISSAUER discute **« il rapporto tra la leucoplasia boccale e la psoriasi boccale »**. Nega che la leucoplasia orale sia semplicemente una forma di psoriasi delle mucose, ed invece spiega il rapporto fra le due affezioni ammettendo che la psoriasi è una discrasia, la quale diminuisce il potere di resistenza come della cute, così delle mucose, ed in queste condizioni mentre la pelle risponde agli stimoli esterni con le efflorescenze psoriasiche, come del resto hanno dimostrato Neumann e Köbner, le mucose rispondono a stimoli speciali (sopratutto al tabacco) con un' affezione idiopatica, la leucoplasia (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 31, 1899).

C. HOFMANN riferisce due casi di **« diverticolo sacciforme dell'esofago curati radicalmente con la previa gastrostomosi »**. Questo metodo di cura eseguito per la prima volta con successo da V. Bergmann nel 1890, fu poi adottato da Schwarzenbach, Kocher, Konig, v. Mandac, Butlin, Mixter, Bayer ed in ultimo da Wintzel. Sono stati in tutto operati con questo metodo 13 persone. Il lato difficile dell'operazione non sta nella tecnica, ma nell' alimentazione degli operati e nel pericolo di un'infezione della ferita. Quanto più si aspetta ad estirpare il diverticolo esofageo, dopo eseguita la gastrostomosi, tanto più favorevoli sono le condizioni per la guarigione *per primam* della ferita dell'esofago (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 31, 1899).

DERMATOLOGIA

INFILTRAZIONE OD ACANTOSI?

Negli individui affetti di eczema e di psoriasi, la cute sollevata a piega può in alcuni punti offrire una resistenza maggiore. Si deve allora parlare di infiltrazione cellulare che abbia sede nella cute e nel suo corpo papillare o di un ispessimento dello strato a cellule spinose dell'epitelio o di entrambi i processi? Il pratico, conformemente alle idee generalmente vigenti, si decide per la prima alternativa, e perciò quelle parti della cute ispessite vengono d'ordinario dette infiltrate, e si suppone che là abbia luogo una neoformazione di cellule. Ma quante volte l'Unna ha avuto occasione di fare l'esame istologico di queste parti escisse dal vivente, egli ha potuto confermare che questa supposizione è erronea (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, n. 3, Bd XXIX, 1899). Esiste sempre un'infiltrazione cellulare del derma, ma è insignificante di fronte al grado dell' indurimento; invece esiste sempre un parallelismo tra il grado dell'indurimento della cute e l'ipertrofia dello strato delle cellule spinose. Dall'altra parte sappiamo che quando nella cute esiste una enorme neoformazione cellulare, come nel lupus e nelle gomme, la cute stessa, anzichè dura, diventa molliccia, in modo che ogni oggetto ottuso può facilmente penetrarvi. Inoltre può aver luogo un rammollimento della pelle quando in luogo della rete fibrosa normale, si formi tessuto collogeno, come avviene nel lupus e nelle gomme. Se questo tessuto rimane conservato, come in parecchi sifilodermi, l'infiltrazione cellulare, quando interviene, dà luogo ad una maggiore tensione della pelle e quindi anche ad un aumento di resistenza. Il quale raggiunge ii massimo grado fino alla sclerotizzazione, quando il tessuto collogeno aumenta fuori misura, come nella sclerosi iniziale sifilitica, nei fibromi, nelle

sclerodermie, dove il successivo manifestarsi della infiltrazione cellulare non aggiunge gran che.

Riguardo alla parte che il tessuto fibroso prende all'indurimento della cute nelle affezioni ora citate, si può dire che nei catarri umidi o secchi della pelle esiste aumento delle fibre dello strato delle cellule spinose. La durezza della piega di cute sollevata deve intanto essere attribuita in prima linea all'acantosi, ossia alla ipertrofia dello strato spinoso. Ciò ha importanza per la terapia, giacchè in tal caso non è più giustificata l'applicazione di rimedi antieczematosi emollienti, specie l'unguento di Hebra, i preparati di catrame, il sapone di potassa, l'acido salicilico, la potassa caustica. Con un mezzo il quale porta via gli strati superiori dell'epidermide ispessita si ottiene lo stesso scopo in tempo più breve. Da un anno Unna adopera la pasta alla resorcina nelle placche di cute ispessita nei casi di eczema universale o di psoriasi. Il risultato fu così soddisfacente che egli applica lo stesso metodo curativo in tutti i casi in cui entra in campo l'acantosi. Il distacco dell'epidermide mortificata avviene rapidamente. Alla resorcina Unna accoppia anche i preparati di zinco, piombo, mercurio, catrame, crisarobina, pirogallolo, ittiolo ecc. Egli dà le due seguenti formole magistrali, una per una pasta più energica, un'altra per una pasta più mite.

I. Pasta di zinco } ana . . 40 p.
Resorcina }
Ittiolo } ana . . 10 p.
Vaselina }

II. Pasta di zinco } . . . . 60 p.
Resorcina }
Vaselina . . . . ana . . 20 p.

Quando la mortificazione degli strati superiori dell'epidermide è avviata, il che avviene fra 1-3 giorni, si sospende l'applicazione lasciando che la desquamazione si compia spontaneamente e si impiegano rimedi più miti. La cura richiede la sorveglianza del medico, il quale giorno per giorno esamini il grado di durezza del tratto di cute ispessita.

TERAPIA CLINICA

Leclerc. CURA DELLA TABE

Il Leclerc ha, in un recente lavoro, riassunto le indicazioni principali della cura della tabe ed i mezzi che si possano opporre a questa malattia con maggior profitto. La tabe essendo spesso d'origine sifilitica, ci si può riferire alle conclusioni terapeutiche dell'Erb: la cura specifica deve esser applicata in ogni tabetico che ebbe la sifilide; in ogni tabetico presentante tracce di sifilide florida, in ogni tabetico che curò imperfettamente la sua sifilide. La cura è contro-indicata nei casi di tabe avanzata, quando la sifilide è troppo antica, nei tabetici cachettici e dispeptici. Il mercurio deve essere usato per frizioni, fatte per 10-20 giorni, con un intervallo dopo ciascun periodo. Però, dovendo agire in modo energico, bisogna dar la preferenza alle iniezioni ipodermiche di sali di mercurio, e, tra questi, al bijoduro. È inutile di oltrepassare la dose di gr. 0,004 al giorno.

Si prescriverà:

Bijoduro di mercurio . . . . . gr. 0,20
Olio di olive sterilizzato . . . . » 0,50

ogni siringa del Pravaz contiene gr. 0,004 di bijoduro. L'iniezione verrà praticata nella regione glutea, profondamente si farà una prima serie di 25-20 iniezioni, poi dopo un riposo di 10-20 giorni, una nuova serie di 15-20. È inutile praticare più di 50 iniezioni.

Al mercurio si associeranno i joduri non alla dose antisifilitica, ma antiartrica e risolutiva.

All'infuori di questa cura specifica i mezzi terapeutici da usare sono numerosi. Il tabetico deve abitare un clima temperato e secco; le regioni umide non convengono ai tabetici, l'altitudine sarà moderata, le altitudini elevate essendo soggette a variazioni brusche di pressione. Ai tabetici neuropatici si prescriveranno i bromuri, i valerianati, i tonici, i bagni solforosi. Le affusioni di acqua tiepida sono egualmente indicate; esse saranno seguite, come i bagni, da frizioni, e massaggio. Il tabetico non deve provare per il bagno nè freddo, nè caldo.

Il massaggio, che al Leclerc ha dato eccellenti risultati, è quello della colonna vertebrale. Il malato è coricato sul ventre o assiso su di una sedia.

I risultati di questo massaggio sono sovratutto manifesti contro i fenomeni dolorosi del tronco e degli arti, contro questi dolori profondi, dorsali, che i malati localizzano nella rachide; i disturbi della sensibilità sono modificati.

Il terreno sul quale evolve la tabe, sovente nevropatico, è ancora artritico. Bisogna procurar quindi di modificare questo terreno così proprio allo sviluppo della sclerosi. Si può, secondo il Grasset, combinare questa cura nella maniera seguente: i 10 primi giorni di ogni mese, gr. 0,50 di salolo e gr. 0,50 di bicarbonato di sodio a ciascun pasto principale (2 volte al giorno); i 10 giorni seguenti a ciascun pasto gr. 0,50 di salicilato di litina in soluzione in un bicchiere di bordeaux di acqua di Vichy o di Vals; gli ultimi 10 giorni di riposo, o gocce V di liquore del Fowler, o gr. 0,50 di solfo sublimato, due volte al giorno ai pasti.

S'instituirà frattanto un'igiene ed un regime speciale; si mangeranno molti legumi verdi, secchi in *purèe*, carni ben cotte; non si fumerà nè si berrà alcool; come bevanda, durante i pasti, si può dare esclusivamente per 10 giorni del latte esclusivo e 2 volte all'anno (primavera ed autunno) si pren-

deranno 25 bottiglie di acqua di Vittel, una bottiglia ogni mattina.

Si farà vita all'aria libera, senza preoccupazioni morali. Si eserciterà una deiezione quotidiana; ogni mattina si faranno delle frizioni secche ed il massaggio per tutto il corpo. Gli joduri di potassio o di sodio si daranno in maniera continua a debole dose: gr. 1 *pro die;* il Tessier lo dà a questa dose in un infuso di valeriana per clistere.

Come metodi sintomatici il Leclerc cita l'allungamento del midollo e la rieducazione dei movimenti del Frenkel (esercizii a letto con e senza il controllo della vista, esercizii all'impiedi, esercizii di equilibrio statico, esercizi di locomozione). Con il metodo del Frenkel si sono avuti 50 successi circa su 54 casi. (*Les traitemènts actuels de tabes.* I. Baillière, Paris, 1899).

BOLLETTINO DELLA RIFORMA MEDICA

Per un' associazione della Stampa medica italiana

Ora che tutto tende all'associazione, alla riunione delle forze, non sarebbe male che anche la Stampa medica si unisse in un fascio per trovarsi sempre pronta e compatta a difendere i comuni interessi e le quistioni scientifiche.

In Italia, in cui ha tanta importanza la Stampa medica, sorretta come è dalle migliori forze della scienza, da quasi tutti i professori ufficiali e dal baldo ingegno dei giovani più agguerriti, potrà esercitare un'azione assai proficua l'Associazione della Stampa medica *scientifica.* Essa potrà con la maggiore competenza svolgere e trattare tutti i vari problemi ed interessi che riguardano i medici e la medicina.

Sarà certo questa una delle più importanti associazioni affiatando e riunendo tanti individui che già singolarmente esplicano la più proficua attività in prò della scienza e dell'umanità.

Rivolgiamo quindi un caldo appello a tutti i professori e colleghi della Stampa per ottenerne la pregiata adesione a formare un'associazione veramente autorevole.

FORMULARIO

Rummo.—**Contro l'asma bronchiale**

Terpina purissima, Acido gallico, Acido benzoico — ana gr. 10
Estratto secco di canape indiana, Estratto di lobelia inflata, Oppio puro tebaico — ana gr. 0,20
Estratto semplice . . . . q. b.
Mischia e fa pillole 30-40. Tre a quattro *pro die.*

Grasset. — **Cura dell'enfisema pulmonare**

1° Venti giorni al mese prendere ad ogni pasto un cucchiaio di:

Joduro di potassio. . . . . . gr. 10
Acqua q. b. per . . . . . - cc. 300

e negli altri giorni del mese, ad ogni pasto, un cucchiaio di:

Arseniato di sodio . . . . . . gr. 0,10
Acqua . . . . » 300

2° Ogni otto giorni, la sera al coricarsi, prendere una pillola di gr. 0,10-0,15 di aloe.

3° Sopprimere il tabacco e l'alcool. Bere latte ai pasti.

4° Se è possibile si faranno dei bagni di aria compressa.

NOTIZIE E VARIETÀ

La Croce Rossa

Per ottemperare alle prescrizioni della Conferenza internazionale della Croce Rossa, tenuta a Vienna nel 1897, la Presidenza della Croce Rossa Italiana, fino dal febbraio corrente anno ha diramato a tutti i sotto-comitati una circolare per invitarli a studiare l'importantissimo argomento della attività della Croce Rossa in tempo di pace, restando stabilito che i sotto-comitati dovranno, non più tardi del 30 settembre p. v. dare il loro parere in proposito, onde nel dicembre il Comitato centrale possa prendere una decisione definitiva.

La Croce Rossa prussiana ha gia preceduto le altre Croci Rosse in questo nuovo indirizzo, aggiungendo al suo statuto un articolo che fu già approvato da quel governo, col quale è fatta facoltà ai vari Comitati di dirigere la loro attività in tempo di pace a tutte quelle opere di beneficenza che hanno attinenza alla cura degli ammalati.

La diaria degli ospedali

Il Ministero dell'interno, in seguito a reclami pervenutigli, ha stimato opportuno di promuovere dal Consiglio di Stato, in adunanza generale, un parere di massima sulla questione riflettente la diaria per gli infermi ricoverati d'autorità negli istituti ospitalieri. Infatti, da una inchiesta eseguita è risultato che se per alcuni ospedali le diarie fissate sono giuste, per altri sono eccessive, onde non poche Giunte amministrative dovrebbero riconoscere fondate in proposito le lagnanze dei Comuni, sui quali ricade il grave peso dei rimborsi. Ora il Consiglio di Stato ha ritenuto che la diaria debba essere il quoziente del rapporto fra le spese compatibili ed il numero totale delle giornate di presenza e quindi l'elevazione della diaria oltre il giusto, quando non deriva da vieta speculazione, é conseguenza di spreco delle energie patrimoniali.

Certamente non è possibile una misura eguale in ogni luogo e tempo, ma il fatto che attualmente nei circa 1230 nosocomi del Regno, la diaria giornaliera da 40 cent. salì fino a L. 6,97 prova che non presiedono in tutti norme corrette e legittime nello stabilirlo. Il Consiglio di Stato ha quindi ritenuto:

1° Che le Giunte provinciali amministrative.

in sede di bilancio, hanno diritto e dovere di ridurre al necessario le spese in genere dei nosocomii e determinare, da un biennio all'altro, la diaria pei ricoverati d'autorità, in base ai risultati dei conti consuntivi dell'ultimo triennio, e dietro accordi con le rispettive amministrazioni.

2º Che questa speciale diaria deve corrispondere alla spesa effettiva; dev'essere, possibilmente, unica per le malattie mediche e le chirurgiche senza distinzione di età del ricoverato; che nelle relative contabilità, deve evitarsi qualunque spesa a titolo di trattamento speciale, quando non sia pienamente giustificata e qualunque spesa di trasporto e di seppellimento e qualsiasi tassa a titolo di entrata;

3º Che la diaria predetta, oggetto di conto speciale, deve corrispondere al quoziente del totale delle spese computabili, diviso pel numero totale delle giornate consumate dai ricoverati in esame, in ciascun esercizio.

Il Ministero, portando il parere a notizia delle singole amministrazioni ospitaliere e comunali e delle Giunte provinciali amministrative, ha invitato i prefetti ad incitare le une e le altre, per quanto a ciascuno spetta, a conformarvi d'ora innanzi i rispettivi provvedimenti, salvo ad esercitare su questi, ove occorra, una continua vigilanza, affinchè, al pari degli interessi degli Enti creditori, abbiano efficace tutela le ragioni di quelli tenuti per legge al pagamento della spedalità.

GAZZETTINO

MILANO. *Consiglio sanitario.* — Questo Consiglio sanitario provinciale, nella ultima seduta che tenne sotto la presidenza del conte Municchi, nominò il prof. Porro a far parte della commissione scientifica del nostro ospedale maggiore e quindi affidò ad apposita commissione l'incarico di studiare se sia o no necessario di modificare in qualche modo l'attuale servizio farmaceutico urbano.

TORINO. *Certificati medici per infortuni sul lavoro.*—Il sindaco ha inviata la seguente circolare ai medici di beneficenza (medici condotti) ed ai presidenti delle Amministrazioni ospitaliere.

« Il prefetto della Provincia, con circolare 16 maggio ultimo scorso, ricorda che gli articoli 25 della legge 17 marzo 1898, n. 80, per gl'infortuni sul lavoro e 64 del regolamento 25 settembre dello stesso anno n. 411, mentre impongono agli industriali, sotto pena di ammenda da lire 50 a lire 100, l'obbligo di denunciare entro due giorni gli infortuni occorsi sul lavoro ai rispettivi operai, vogliono che sia unito all'atto di denuncia un certificato del medico condotto o dell'ufficiale sanitario del Comune. Secondo l'art. 27 del citato regolamento i medici condotti e l'ufficiale sanitario non possono rifiutare l'opera loro di rilasciare questi certificati, che accertino anche le conseguenze degli infortuni sul lavoro; questi certificati sono esenti da bollo. Però, quando gli operai colpiti da infortunio sul lavoro vengono immediatamente trasportati e ricoverati negli ospedali, siccome non è lecito al medico condotto e all'ufficiale sanitario togliere la medicazione al ferito, che non è in loro cura per esaminare la lesione, così spetta ai medici di detti stabilimenti, che hanno per i primi visitato e medicato il ferito, di rilasciare il certificato in luogo e vece del medico condotto e dell'ufficiale sanitario.

Evidentemente senza il citato certificato o del medico condotto o dell'ufficiale sanitario o del sanitario dell'ospedale, l'industriale si troverebbe nell'impossibilità di effettuare regolarmente la denuncia degli infortuni sul lavoro nel termine di giorni due, siccome vuole la legge. In conseguenza di quanto sopra ed anche in obbedienza del signor prefetto io mi rivolgo direttamente ai signori medici-chirurghi del servizio sanitario municipale, e per i sanitari degli ospedali, agli onorevoli signori presidenti delle rispettive Amministrazioni, richiamando la loro attenzione sui citati articoli della legge e del regolamento sugli infortuni del lavoro, affinchè tutto i sanitari dianzi accennati si prestino volenterosamente ed in tempo utile, al rilascio dei certificati medici loro chiesti dagli industriali. Per ciascuno di questi certificati compete loro l'indennità di L. 2, come dall'ultimo comma dell'art. 72 citato del regolamento 25 settembre 1898.

FIRENZE. *Elargizione.* — Il sig. Rodolfo Tortoli, vista la decisione del Comitato esecutivo per una sottoscrizione pubblica per l'acquisto d'un « Carro lettiga » da donarsi alla Società *Charitas* del Galluzzo, ha offerto lire cento, che servano come d'iniziativa ad ottenere il nobilissimo e santo scopo.

BOLOGNA. *Laboratorio esterno nell' Istituto dei Ciechi.* — A cura dell' amministrazione dell' Istituto dei Ciechi di Bologna si apre oggi in un negozio in via Farini sotto le logge della Banca d'Italia il laboratorio esterno per gli allievi di esso istituto che ne sono usciti dopo aver compito la propria educazione professionale.

L'istruzione ricevuta dai giovani ciechi nell'istituto ben poco gioverebbe loro, se fatti adulti non trovassero modo di applicarla e trarne il sostentamento; ed a ciò mira appunto l'istituzione di questo laboratorio, che i ciechi già allievi dell'Istituto possono frequentare in qualità di semplici operai ricevendo una mercede giornaliera.

Si fabbricano e smerciano ivi stuoie tessute ed a griglia, si riparano seggiole incannate, ecc. I lavori sono di lunghissima durata stante l'ottima qualità delle materie prime che vi s'impiegano, e i prezzi sono più miti che altrove.

LONDRA. *Al Congresso otologico.* — Il professore Grazzi dell'Università di Pisa lesse in inglese il discorso inaugurale del Congresso otologico, proponendo un applaudito telegramma alla regina d'Inghilterra.

PORTOGALLO. *La peste.*—In Oporto è scoppiata la peste. Il giorno 8 si ebbero sette casi seguiti da morte.

PARIGI. *Un parto quinquegemino.*—Presso Casal-Saint-Germain avvenne ieri un raro caso di fecondità. Una contadina si sgravò di quattro maschi e una bambina. Madre e neonati si trovano in ottime condizioni.

LONDRA. *Sei figli ad un parto.* — Un caso assai raro ha avuto luogo giorni sono a Bletcney, vicino a Fenny Stratford, dove una donna si è sgravata di sei figli ad un parto, tutti però nati morti.

Il dottor Nicholson, chiamato a dare le sue cure alla partoriente, ha fatto imbalsamare i sei corpicini e li ha mandati al Museo anatomico di Londra.

La poveva donna è stata ricoverata alla infermeria di Fenny Stratford.

BROWNVILLE. *Altro parto fenomenale.* — Una negra, moglie di certo George Hackett, ha dato alla luce sette figli, quattro maschi e tre femmine. I neonati quando videro la luce erano tutti vivi, piccolissimi, ma assai ben formati. Dopo poche ore dal parto sei sono morti e l'ultimo rimasto sembra invece voglia sopravvivere, unico avanzo di questo parto veramente fenomenale.

La puerpera sta assai bene e il marito, che è un povero minatore, non rimpiange che Dio si sia riprese le sei creature venute al mondo al di là dell'aspettativa.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

INSUFFICIENZA MITRALICA FUNZIONALE

L'osservazione clinica ha insegnato che sulla mitrale possono comparire rumori sistolici dei quali l'autopsia non dà spiegazione. Non sono mancati gli esperimenti per spiegare questi rumori, pure essi hanno condotto solo ad una serie d' ipotesi senza agevolare la conoscenza del modo di produzione dei rumori e dei fenomeni con essi legati. La maggioranza degli autori considera quale causa dei rumori un' insufficienza mitralica funzionale che s' origina per un' abnorme contrazione muscolare, e riferisce la detta insufficienza specialmente a disturbi nella contrazione dei muscoli papillari e nell'azione della muscolatura d'inserzione della valvola mitrale. v. Basch designa questi disturbi col nome di paracinesi del ventricolo. Ad ammettere tale ipotesi potrebbe trarsi in appoggio l'esperimento di trovare una base sperimentale per il giudizio dell'insufficienza mitrale funzionale. Tale esperimento ha lo scopo di produrre un disturbo nella funzione dei muscoli papillari. Uno stimolo isolato elettrico, meccanico o chimico dei muscoli papillari non si può produrre per motivi facilmente riconoscibili, e non si può pensare alla divisione d' un muscolo papillare al modo della tenotomia sottocutanea, per la forte emorragia che ne può derivare. Ad ottenere lo scopo, Winkler si servì del metodo seguente: per mezzo d'un ago lungo, molto sottile ed un po' curvo si passa attraverso la metà del cuore messo allo scoperto coll'apertura del pericardio, un paio di fili; l'ago s'infigge alla superficie inferiore del cuore 1-2 cm. circa al disotto del solco orizzontale e si fa uscire dalla superficie anteriore del cuore. L'estremità libera del filo era provvista d' un pezzettino di sughero, il quale impediva che il filo ledesse la muscolatura e nello stesso tempo fissava il filo alla superficie inferiore del cuore.

La fissazione del paio di fili alla superficie superiore del cuore s'eseguiva nel seguente modo: s'allontanavano i due fili l'uno dall'altro, si portava fra di loro un pezzettino di caoutchouc e su di questo s' allacciavano strettamente i fili. A questo modo riuscì abbastanza spesso a far passare il filo attraverso un muscolo papillare o strettamente al suo lato, senza ch' esso penetrasse direttamente nel distretto valvolare. Per sapere se dopo quest'atto operativo veniva influenzata la capacità a chiudersi della valvola, si legava all'apice del ventricolo sinistro una cannula, s'isolava l' aorta e si legava una cannula anche nell'orecchietta sinistra; facendo scorrere dell'acqua nel ventricolo, s' era conservata la capacità di chiusura della valvola, nulla doveva venir fuori dalla cannula dell' orecchietta. In 18 esperimenti, nei quali la valvola non fu trovata lesa, la valvola si trovò 13 volte sufficiente, 5 volte insufficiente. Le condizioni che s' ottengono colla penetrazione del filo somigliano a quella che noi ci rappresentiamo come condizioni causali dell' insufficienza mitrale funzionale. Certamente viene da esso influenzata la funzione dei muscoli papillari; si può anche ammettere che in conseguenza della stabilità dei punti di fissazione del filo ad entrambe le superficie cardiache anche la sistole cardiaca subisca delle modificazioni.

Mentre cioè tutte l' altre parti del cuore sono libere nei loro movimenti; la libertà dei segmenti del cuore compresi fra i punti di fissazione è essenzialmente limitata.

Winkler, dopo di avere esposto il metodo da lui adoperato, viene alla discussione dei risultati da lui ottenuti ed in primo luogo s'occupa della pressione sanguigna; su questo riguardo divide i suoi esperimenti in due serie: la prima comprende i casi nei quali la valvola all'autopsia si mostrò sufficiente, la seconda quelli in cui la valvola si mostrò insufficiente. In tutti i casi della 1ª serie si trovò una diminuzione della pressione sanguigna non ugualmente intensa, ma in tutti abbastanza pronunziata. Le condizioni di pressione nell'orecchietta sinistra invece non mostrarono regolarità alcuna, nella metà dei casi s' ebbe aumento, nell'altra metà diminuzione della pressione nell'orecchietta sinistra; però in tutti i casi s' ebbe diminuzione nel rapporto fra la pressione della carotide e dell' orecchietta cosicchè tanto nei casi in cui la pressione dell'orecchietta aumentò, quanto in quelli in cui diminuì o rimase stazionaria, il lavoro del cuore apparve essenzialmente peggiorato. Nei casi della 2ª serie s'ebbe anche diminuzione della pressione arteriosa ed un aumento in parte assoluto, in parte relativo della pressione nell'orecchietta. Comparando le due tabelle riportate dal Winkler, si vede che la penetrazione del filo, sia essa seguita o no da rumore, e sia che la valvola si trovasse sufficiente o no all'autopsia, produce un danno considerevolissimo del lavoro cardiaco che s' esplica

con una discesa della pressione sanguigna arteriosa nel salire della pressione nell'orecchietta.

Se l'aumento assoluto della pressione nell'orecchietta si trovasse soltanto nei casi in cui l'autopsia mostra una vera insufficienza mitralica, si desumerebbe che l'aumento della pressione nell'orecchietta sinistra è connessa in modo assoluto ad un rigurgito, ma questo non è il caso, come si scorge dalla prima delle tabelle riportate dal Winkler. E d'altro canto la 2ª tabella mostra come anche nei casi di vera insufficienza della valvola mitrale non deve prodursi un aumento assoluto della pressione dell'orecchietta, quantunque qui s'abbiano le condizioni per il rigurgito. Gli esperimenti istituiti dal Winkler per vedere le modificazioni subite dalla pressione dell'arteria polmonare diedero per risultato un aumento di pressione nella stessa.

Da questa e da altre considerazioni Winkler viene alla conclusione che in tutti i casi, sia in quegli esperimenti nei quali all'autopsia si constatò un'insufficienza della valvola, come anche in quegli esperimenti, nei quali la valvola si mostrò sufficiente, ebbe luogo un rigurgito di sangue, ed egli ritiene decisamente che si produce sempre un'insufficienza della valvola mitrale, ove il filo s'introduca in modo ch'esso passi traverso i muscoli papillari o i filamenti tendinei senza ledere la valvola stessa. Quest'insufficienza esistendo soltanto durante l'attività del ventricolo, deve considerarsi come funzionale; essa è in connessione colla modificazione della contrazione ventricolare determinata dalla penetrazione del filo che Winkler designa col nome di paracinetica.

In quasi tutti gli esperimenti dopo la penetrazione del filo insorsero rumori netti, sempre sistolici, che mascheravano del tutto il tono sistolico; spesso s'ebbe anche un rumore diastolico ovvero uno sdoppiamento del tono diastolico. Non havvi dubbio che i rumori sistolici s'origininò dal rigurgito sanguigno. Le cose stanno diversamente per il rumore diastolico; questo può non essere prodotto dall'insufficienza; può benissimo essere prodotto dal segmento cardiaco che trovasi stretto tra i fili. La causa della formazione del rumore si potrebbe trovare nel fatto che durante la diastole il sangue che passa con grande forza dall'orecchietta sovraripiena nel ventricolo vuoto deve passare attraverso un segmento ristretto. Essendo questa ipotesi esatta, questo rumore deve dipendere dalla grandezza della strettura e dalla velocità con la quale si compie la diastole del ventricolo sinistro.

Sono importanti quei casi, nei quali, malgrado la diminuzione del lavoro cardiaco e l'aumento della pressione polmonare, non s'ebbe alcun rumore. Questo fenomeno non presenta nulla di strano, conoscendosi clinicamente dei casi, nei quali all'autopsia si trovò un'insufficienza mitralica netta senza che durante vita si fossero uditi rumori.

Dagli esperimenti riportati da Winkler è fornita la prova sperimentale, che anche l'insufficienza mitralica funzionale prodotta dalla penetrazione del filo procede con un rigurgito di sangue e colla comparsa di rumori, i quali corrispondono al rigurgito.

BIBLIOGRAFIA

v. Basch. Ueber die funct. Mitralinsuffic. und deren Diag. *Wien. med. Presse*, 1898, n. 2.—Kronecker. *Sitzungsber. der Berl. Akad.* 1884, 5,87. —Heitler. *Wien. klin. Woch.* 1898, 3.—Winkler. Neue Beitr. zur Kennt. der Amylnitritwir. *Zeits. f. klin. Med.* Bd. 35. — Winkler. Experiment. Studien über die function.Mitralinsufficienz. *Zeitschrift für klin. Medicin.*, Bd. 37, H. 5 e 6, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Càllari, interno ordinario

(*Cont. — V. num. prec.*)

Lichen planus

Oss. I — R........ Marianna di anni 42 da Palermo. Nel gentilizio è notevole la tubercolosi e la scrofola. La malattia attuale data da cinque mesi e l'inferma dice essere insorta in seguito a dispiaceri. La dermatosi è diffusa a tutto il corpo, eccettuata la palma delle mani e la pianta dei piedi. Il prurito è intenso. (Dr. La Mensa).

Il 6-6-95 si iniziò la cura, adoperando il siero n. 1. Riceve in 36 giorni di degenza in clinica, n. 33 iniezioni portanti gr. 2.955 di liquido. Qualche volta si dà sulfonale per l'insonnia.

Azione biologica del siero. Si ebbe elevamento febbrile (38° 6) per tre giorni, nei quali furono sospese le iniezioni. L'elevamento di temperatura era preceduto da brividi. Non furono fatte pesate, ma le condizioni generali, all'atto del licenziamento erano molto scadenti. L'esame delle urine risultò sempre normale. Di notevole l'aumento della loro quantità. Nessuna reazione locale o generale per le iniezioni. Le funzioni digestive sempre normali.

Il giorno 11-7-95 l'inferma vuol lasciare la clinica. Il prurito è completamente cessato. Esso accennò a tornare molesto quando per tre volte successive si sospesero le iniezioni. In tutti i punti prima colpiti restano delle macchie pigmentate in bruno, colorito che tende a sbiadire. Le condizioni generali sono scadenti. Si prescrive cura ricostituente. Torna il 1°-8-95 e l'inferma si presenta rifatta e completamente guarita della dermatosi.

Oss. II — S....... Maria, di anni 44 da Reggio Calabria. Nulla d'importante nel gentilizio. Da quattro anni sono cessate le mestruazioni. Esse furono sempre normali. Abito linfatico. Mai sofferenze da parte dello stomaco e dei

reni. È molto affettiva e qualche volta ha convulsioni isteriche. La malattia attuale data da 8 mesi. Comprende gli arti superiori, il torace, l'addome e i ginocchi. Sulla mucosa della guancie e sulle tonsille è impiantata qualche papula. Prurito intenso e senso di bruciore in qualche zona malata.

Il 16-3-98 cominciasi la cura, adoperando il siero n. 5. Riceve in tutto 4 iniezioni portanti gr. 500 di liquido, avendo l'inferma voluto abbandonare la clinica.

Nessun esame del sangue nè delle urine fu fatto, nè alcuna pesata del corpo. Non si notò reazione locale nè generale per effetto dell'iniezione. Cessato il prurito, l'inferma, migliorata, abbandona le sale.

Oss. III — R....... Agostina di anni 20 prostituta. E' contemporaneamente affetta da blenorragia dei genitali e ricoverata nella sala celtica, ove io presto servizio.

Nella sua anamnesi si nota qualche accesso di febbre malarica, cessato coll'uso del chinino.

La dermatosi data dal mese di agosto 1898. Essa entra in sala celtica il 24-9-98 nel qual giorno s'inizia la cura, adoperando il siero n. 5 e riceve solo 8 iniezioni, portanti gr. 1.400 di liquido.

Durante questi giorni l'inferma soffre di crisi istero-epilettiche.

Nessun dato relativo all'azione biologica del siero eccezion fatta dalla diminuzione del prurito e perciò, così migliorata, è sottoposta ad altre cure.

Oss. IV — F....... Caterina di anni 6 da Palermo. Questa bambina è contemporaneamente affetta di blenorragia vulvare. Entra in Clinica il 24-12-95. La dermatosi data da 1 mese ed è accompagnata da prurito e desquamazione pitiriasiforme.

Il 2-1-96 si inizia la cura col siero n. 1. Riceve 18 iniezioni portanti gr. 1,475 di siero. *Azione biologica del siero*: Mai elevamento febbrile, nè dopo l'iniezione nè al mattino nè alla sera. Il peso iniziale del corpo, di Kg. 18,200 salì a Kg. 19. Non fu fatto esame del sangue nè delle urine.

Mai alcuna reazione locale o generale dopo l'iniezione, polso, respiro, funzioni digerenti normali. Il primo fenomeno a scomparire fu il prurito. La desquammazione dapprima scarsa e pitiriasiforme si fece poi più attiva ed a larghe lamine, fino ad arrestarsi verso la fine della cura. La piccole papule cominciarono dopo l'ottava giornata ad appiattirsi e restano infine delle macchie brunastre che tendono poco a poco a sbiadire. L'inferma è dimessa guarita il 20-1-96.

Micosi fungoide

Oss. I — B....... Ciro di anni 37 da Palermo. Mancano le notizie anamnestiche. Il 13-6-95 si iniziano i lavaggi col siero n. 1. Riceve 10 iniezioni per gr. 834 di liquido.

Nel diario clinico, raccolto dal Dr. La Mensa manca qualunque notizia relativa alle modificazioni sulla nutrizione generale, agli esami del sangue, delle urine ed agli effetti immediati del siero. Esce di clinica il 27-6-95 nelle stesse condizioni.

Oss. II — I....... Francesco di anni 54 da Caccamo, contadino. L'infermo riferisce che la dermatosi cominciò a manifestarsi tre anni addietro sotto forma di macchie alla faccia ed agli arti dopo d'esser caduto da una mula, battendo a terra l'occipite. Le macchie erano accompagnate da prurito. Questo fatto rimonta al 1895 e l'infermo è ammesso in clinica il 28-2-98.

Verso l'agosto 1897 vide insorgere dei tumori allo occipite, alla regione sovraspinosa destra al collo. I tumori non erano dolenti, neanche alla pressione, ma molto pruriginosi ed aumentavano poco a poco di volume dando esito a siero. Questi tumori comparvero pure all'addome ed ai lombi. Da venti giorni a questa parte, tumultuosamente ne sono apparsi altri al mento, alla palpebra superiore dell'occhio sinistro, alle ascelle dove sono grossissimi e si confondono con voluminose adeniti; ai genitali, lungo la verga e allo scroto. Taluni sono ulcerati e dolenti e precisamente all'occipite e alle spalle.

Il loro impianto corrisponde al decorso delle glandole linfatiche sottostanti, delle quali talune, come s'è detto, sono molto ingrossate. Fegato e milza non ingrossati. V'ha pseudoleucemia.

Il 4-3-98 si cominciano i lavaggi adoperando il siero N. 5 e poi il siero N. 1. Del primo siero fece 10 iniezioni portando gr. 2000 di siero, e del secondo fece 23 iniezioni portanti gr. 5.000 di siero. Ricevette quindi complessivamente 33 iniezioni portanti gr. 7000 di siero. Il 1. siero (N. 5) dovette esser sospeso per manifesti fenomeni di intossicamento per arsenico cui era associata albuminuria, avendo oltre ai lavaggi con questo siero, fatto uso abbondante dell'acqua arsenicale-ferruginosa di Roncegno.

Azione biologica dei due sieri: *A*) Si ebbe sempre elevamento febbrile sia dopo l'iniezione che di sera, col massimo di 39°.4. Non fu mai pesato l'infermo.

Esame del sangue: Glob. rossi 4.250.000 Glob. b. 17028 Em. 72, Glob. rossi 3.627.000 Glob. b. 15000 Em. 60.

Dopo 17 giorni di degenza l'esame delle urine rivela la presenza di albumina. Le iniezioni si erano già sospese per i fenomeni di avvelenamento per arsenico (vomito, diarrea, secchezza di gola etc...) La presenza di albumina persiste per parecchi giorni e si ricorre poi al siero N. 1. Le iniezioni col siero N. 5. furono sempre ben sopportate. Le modificazioni riferibili alla dermatosi furono: Comparsa di un eritema alla guancia destra con dolore spontaneo ed alla pressione. Diminuzione del prurito. I tumori dell'occipite e dei lombi sembrano appiattirsi. L'eritema poco a poco scompare e così il rossore e la consistenza degli

altri tumori più piccoli. Insorge un ascesso al cavo ascellare sinistro che si apre dando esito ad abbondante pus fetido.

B) Non tanto per la dermatosi in se, quanto per la presenza dell'albumina, volli intraprendere i lavaggi col siero N. 1 per vedere quali variazioni quantitative, riferibili all'albumina, si verificassero. Del resto i fenomeni di intossicazione fra i quali la diarrea ed il vomito ci imponevano senz'altro di sospendere le iniezioni del siero N. 5 e la somministrazione dell'acqua di Roncegno.

I risultati ottenuti col siero N. 1. furono i seguenti:

L'elevamento febbrile persistette ancora per pochi giorni. L'esame del sangue non fu più fatto.

Dall'esame delle urine, parecchie volte ripetuto, rilevammo: L'albumina che era *ab initio* rappresentata dalla cifra 0, 50 °/₀₀ diminuiva rapidamente, finchè dalla 7ª iniezione in poi non la si riscontra più.

Ritentate per 3 giorni di seguito le iniezioni col siero N. 5 l'albumina ricompare alla dose di 1 °/₀₀ per sparire di nuovo alla ripresa delle iniezioni col siero N. 1. Questo fatto ci dice chiaramente che l'albumina richiamava certo una lesione renale dovuta all' avvelenamento per arsenico. In tal caso era presumibile il pensare che il siero N. 1, potesse disintossicare l'organismo come vero lavaggio del sangue ed agendo certamente sulle alterazioni infiammatorie renali. Del resto il siero artificiale ha avuto buoni risultati in altro genere d' intossicazioni (v. letteratura) come in quelle per piombo, funghi, ossido di carbonio, mercurialismo acuto etc... e nell' avvelenamento per arsenico come ha dimostrato il Reilly.

Nessuna reazione locale o generale noi osservammo per le iniezioni. La diarrea cessa sia per avere sospeso l' acqua di Roncegno, che con l' aiuto di astringenti. Dieta lattea, brodi.

I fatti più importanti riferibili alla dermatosi furono: Scomparsa di alcuni tumori i quali regredirono poco a poco appiattendosi e lasciando infine una pigmentazione rosso-giallastra specialmente alla regione periombelicale. Alla regione sacro-coccigea si nota un altro ascesso che è inciso.

Il tumore del mento, cresce di volume e non accennano a diminuire di volume quelli della verga e dello scroto.

Guarisce l'ascesso della regione sacro-coccigea contemporaneamente a quello dell'ascella ed un altro ne sorge al dorso che è anche aperto. Agl' inguini si fanno più accentuati gli ingorghi glandulari. Guarisce l' ascesso al dorso ed un altro ne viene al braccio sinistro.

Dall'esame microscopico e batteriologico del pus si rileva la presenza di streptococchi. Parecchi altri tumori sorgono alle braccia ed all'addome. Le condizioni generali peggiorano a vista d'occhio ed alcuni tumori che sembrava allora fossero regrediti e quasi scomparsi, tornano a rifiorire, finchè l'infermo, scoraggiato lascia la clinica volendo tentare i bagni di Sclafani.

Pemfigo vegetante di Neumann
(Condilomatosi pemfigoide di Tommasoli)

Oss. I. — (D.r La Mensa). A..... Caterina di anni 45 da Carini. Mancando nel diario clinico i dati anamnestici, li rilevo dal lavoro sullo stesso tema pubblicato dai DD. Philipson e Fileti, assistenti di questa clinica.

Nulla d'importante nel gentilizio. Mestruata a 13 anni, sposò a 15 e in 27 anni di vita coniugale passati con due mariti si ebbe 19 figli dei quali ne sopravvivono 6. Gli altri, morti in tenera età per malattie comuni.

L' attuale malattia data dall' ottobre '94 c, secondo l' inferma, essa è insorta in seguito ad un forte spavento essendo stata minacciata di morte dal marito, con una scure. Ebbe allora brividi di freddo, febbre, difficoltà nel mingere. Verso la metà del novembre avvertì disturbi della deglutizione che tutt' ora (1896) durano. Due mesi e mezzi addietro (giugno 1896) la dermatosi diede le sue prime manifestazioni alla faccia palmare della mano destra sino a che si è diffusa a tutto il corpo. Il 13 agosto 1896 dopo aver tentato parecchie altre cure, si ricorre al metodo dei lavaggi col siero N. 1.

Riceve in tutto 6 iniezioni, portando gr. 495 di liquido dopo di che l'inferma si rifiuta alla cura essendo molto dolorose le iniezioni. Durante questo periodo di cura, all' infuori di una abbondante diuresi null'altro di notevole ebbe ad osservarsi.

La dermatosi segue il suo corso fatale e muore dopo qualche tempo, vano riuscendo qualunque altro metodo di cura locale e generale.

Follicolite diffusa

Oss I. — V..... Vincenzo, di anni 22 da Palermo, calzolaio.

La storia clinica e l'esame obbiettivo, dello infermo, raccolti allora dal laureando signor Maggi, come tesi di laurea, non capitarono più fra le nostre mani. Figura semplicemente la cura coi lavaggi iniziatasi il 14-6-95 col siero N. 1, ricevendo in tutto gr. 1065 di liquido per N. 13 iniezioni.

Azione biologica del siero: Si ebbe un elevamento febbrile di circa 2 gradi che durò solo 24 ore.

Nessuna pesata dell' infermo fu fatta, nè lo esame del sangue. L'esame delle urine rivela abbondante glucosio che persistette tale fino al termine della cura.

La quantità delle urine oscillò fra un minimum di cmc. 1200 ed un maximum di 1500 alla fine della cura. Dopo 17 giorni di cura l' infermo esce dalla clinica completamente guarito senza cura locale.

Ittiosi

Oss. I. — V....... Clotilde (osserv. del Prof. Tommasoli) di anni 28, da Modena. Manca

l'anamnesi e l'esame obbiettivo, come pure non esiste esame del sangue nè quello delle urine.

Il giorno 11-4-94 si iniziano i lavaggi col siero N. 3. Riceve in tutto 32 iniezioni portanti gr. 1000 di liquido. Oltre ai lavaggi: bagni semplici, cura ricostituente, dieta corroborante.

Azione fisiologica del siero: Mai grandi aumenti di temperatura. In sulle prime l'inferma risente l'efficacia della cura: il morale è più rialzato, essendo sempre impressionabile, e torna l'appetito. La dermatosi non subisce modificazioni di sorta.

Una cefalea intensa comincia a travagliare l'inferma.

Un fatto degno di nota è il seguente: Le mestruazioni che mancavano da 3 mesi riapparvero durante la cura, la dermatosi sembra migliorare un po' ma riappare sotto una forma più grave aumentando anche i disturbi nervosi. Esito nullo.

Lupus tubercolare,
Scrofuloderma e Lichen scrophulosorum

Oss. I. — V..... Carmela di anni 23 da Butera (Dr. La Mensa) *Lupus volgare* del naso e della guancia sinistra.

Nulla di notevole nel gentilizio. Ha sofferto due volte di erisipela al lato sinistro della faccia. Ha 3 figli sani.

L'affezione rimonta al 1891. (L'inferma è ricevuta il 18-4-95).

Il 24-4-95 si cominciano i lavaggi col siero N. 1 assieme alla cura chirurgica (scarificazioni). Riceve in tutto in 43 giorni di degenza in clinica 36 iniezioni portanti gr. 3.590 di liquido.

Le iniezioni furono sospese una sola volta per elevamento di temperatura a 38° e per 3 giorni consecutivi. Qualche altra volta fu lasciata in riposo perchè avvertiva dolori nei punti della iniezione. Il 6-6-95. l'ammalata è licenziata guarita. Le regioni affette dalla malattia, si presentano ricoperte di pelle nuova, sottile, di colorito rosso, leggermente ispessita ai margini.

Oss. II. — S......... Celestina di anni 23 da Termini.

(D.r La Mensa). Quest'inferma è ancora in clinica e la sua entrata rimonta ai tempi del Profeta, allora direttore di quest'Istituto. La malattia data da 10 anni. *Lupus ulceroso* della faccia.

Il giorno 5-6-95 comincia le iniezioni col siero N. 1 ricevendo in tutto 11 iniezioni per gr. 860 di liquido. L'inferma è costretta a sospendere le iniezioni stante il vivo dolore che esse suscitano. Del resto l'affezione non si modifica per nulla. Si notano nuovi noduli alla radice del naso, che presto si ulcerano, ed altri al dorso. Esito negativo,

Oss. III. — F....... Giuseppa di anni 28 da Valledolmo (D.r La Mensa). *Lupus ulceroso* della gamba destra con seni fistolosi.

Nel gentilizio è ereditaria la tubercolosi.

La malattia data da 8 anni. Il 27 aprile '95 è operata dei seni fistolosi della gamba, previa cloronarcosi. Raschiamento delle ulcerazioni, escissione di talune vegetazioni, cauterizzazione lineare superficiale, e puntiforme profonda.

Il 28 aprile comincia i lavaggi col siero N. 1. Riceve in tutto 38 iniezioni portanti gr. 3.600 di siero. Due sole volte si sospendono le iniezioni per elevamento di temperatura (38°5). L'ammalata esce guarita il 6-6-95.

Oss. IV. — P....... Concetta di anni 20 da Valledolmo.

Lupus ulceroso del naso. La malattia data dal 1891. L'inferma è ricevuta il 14-5 95.

Il 17-5-95 si iniziò la cura col creosotale mediante iniezioni intramuscolari, ma, venendo a mancare il medicinale, si passa ai lavaggi col siero N. 1 il 6-6-95. Riceve in tutto N. 64 iniezioni portanti gr. 6.115 di siero.

L'8 agosto '95, l'inferma abbandona la clinica, guarita.

Durante la cura coi lavaggi, l'inferma ricevette anche le causticazioni col termocauterio di Paquelin.

Oss. V. — Di G...... Ignazio, di anni 17 da Palermo.

Scrofuloderma dell'arto inf. destro con seni fistolosi. *Lichen scrophulosorum* del tronco. Nel gentilizio trovasi ereditaria la tubercolosi dal lato materno. L'ammalato ha 15 anni (Dottor La Mensa).

Il 24-4-95 si inizia la cura chirurgica consistente nel raschiamento e nella cauterizzazione profonda dei seni. Contemporaneamente si cominciano i lavaggi col siero N. 1. In circa 70 giorni di permanenza in clinica furono fatte 58 iniezioni portanti gr. 4.815 di siero. La cura fu sospesa una volta per 3 giorni consecutivi a causa di un dolore puntorio alla regione precordiale coincidente con la ispirazione senza elevamento febbrile; ed una seconda volta perchè l'infermo ora stato sottoposto alla operazione di 3 seni fistolosi. Non si potè raccogliere l'urina.

Uscì guarito il 6-7-95. La prima a guarire fu la dermatosi: *lichen scrophulosorum.*

Sifilide

Oss. I. — C.... Rosa di anni 24, d'Aragona Caldare, prostituta (D.r La Mensa).

Sifilide recente. Roseola. L'infezione data da da 1 mese circa. L'inferma riceve solo 2 iniezioni da 50 gr. ciascuna e si sospendono per il vivo dolore ch'esse suscitano.

Oss. II. — C....... Vincenza di anni 26 da Casteltermini, prostituta.

Sifilide recente. Papule umide. L'infezione rimonta a 3 mesi circa (?) Questa osservazione non ha neanche alcun valore, avendo l'inferma ricevuta una sola iniezione col siero N. 1 ed essendosi rifiutata perchè risentiva molto dolore. (D.r La Mensa).

(*continua*)

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V. CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA
tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899.

VII.

Grasset e Vedel. **Diagnosi della tubercolosi umana colla tubercolina a dosi deboli.** — Dalle loro esperienze cliniche, eseguite colla tubercolina preparata nell'Instituto Pasteur dal D.r Borrel, sotto forma di tubercolina precipitata (50 milligr. disciolti in 5 cc. d'acqua e glicerina a parti eguali), risulta come; 1. La prova della tubercolina deve essere riservata ai casi sospetti pei quali nè la clinica nè il laboratorio forniscono segni di certezza nosologica. 2. Le dosi deboli, le sole che bisogna impiegare, non provocano alcun inconveniente nella tubercolosi avanzata. 3. Il soggetto su cui si deve esperimentare dovrà essere apiretico, dovrà stare in riposo, e ogni due o tre ore bisognerà osservare la temperatura. 4. La soluzione acquosa di tubercolina, sarà ben dosata, fresca e limpida. 5. L' elevazione termica osservata deve essere di 1-2 gradi, affinchè la reazione possa dirsi positiva. Ordinariamente si hanno elevazioni da 1°,5-3°,6. Si comincerà con la dose di 1 decimilligrammo e se i risultati saranno nulli o incerti, si potrà raddoppiare la dose. 7. In generale la reazione termica comincia da dodici a ventiquattro ore dopo l' iniezione e dura dodici a quaranta ore. Epperò conviene fare l' iniezione la sera verso le cinque affine di poter meglio seguire la reazione l' indomani. 8. Le iniezioni di tubercolina fatte seguendo le regole suaccennate costituiscono un mezzo inoffensivo e importantissimo per la diagnosi precoce della tubercolosi umana.

Berlioz. **Sulla nutrizione nella tubercolosi e sulla influenza dei medicamenti.** — I migliori risultati terapeutici nella cura della tubercolosi si sono avuti da quei mezzi, che hanno per effetto di sostenere l'organismo e di accrescere i suoi poteri naturali di difesa, così l'iperalimentazione e l'iperareazione. In effetti dallo esame delle urine di molti tubercolosi si è rilevato come si ha un vero rallentamento della nutrizione. Epperò essi hanno somministrato del siero normale di bue addizionato ad estratto glicerinato di testicolo, fegato, milza, cervello, polmone e fosfito di guajacolo ottenendo il miglioramento della nutrizione generale, (aumento del peso, appetito etc.) e per conseguenza anche attenuazione dei sintomi accessorii: espettorato, tosse, sudore, etc.

Lalesque. **Climato-terapia francese. Cura libera della tubercolosi polmonare.** — La cura all'aria libera della tubercolosi si può praticare anche nella clientela privata in luogo di ricorrere ai sanatorii.

La finestra aperta, il sole, una sedia lunga per potervisi comodamente sdraiare, un apparecchio protettivo, tutto ciò é sufficiente e può utilizzarsi ovunque.

Chuquet. **La tubercolosi a Cannes.** — Parla della importanza dei sanatorii nella cura della tisi polmonare e afferma che le stazioni mediterranee in genere e Cannes in specie, per il loro clima temperato, per l'aria marina, sono i migliori posti per i sanatorii per la tubercolosi.

Rondot. **Tubercolosi iniziantesi nell'ilo del polmone.**— Studiando le manifestazioni iniziali della tubercolosi polmonare nella regione dell'ilo, mostra che i primi segni sarebbero dei rantoli a bolle che indicano quel processo d'infiltrazione bronchiale sotto epiteliale, che ha sempre riscontrato Birch-Hirschfeld sui focolai di tubercolosi sorpresi nel loro primo periodo in individui morti subitaneamente colle apparenze della salute.

Desoil. **Sulla contusione toracica nei rapporti colla pleurite tisiogena.** — La contusione toracica può interessare gli organi profondi della cassa toracica, cioè le pleure e i polmoni. Talvolta si tratta di lesioni semplici e che spontaneamente si riparano come la pleurite, la polmonite traumatica, tal' altra negli individui predisposti, si tratta di lesioni specifiche, che seguono il loro fatale corso evolutivo.

In quest'ultimo caso le lesioni specifiche si partono dalla regione sede del trauma e guadagnano a poco a poco le parti vicine. La pleura si comporta come una sierosa articolare, ed invero si può dire che trattasi di una vera tubercolosi chirurgica dello apparecchio pleuro-polmonare.

Bernheim. **Il cuore nei tisici.** — Un tubercoloso può presentare due specie di lesioni cardiache: 1. disordini organici non specifici (atrofia, ipertrofia, dilatazione del cuore destro, degenerazione etc.); 2. lesioni specifiche (endo-peri- e miocardite tubercolare).

Bernheim ha constatato: 1. Che l'atrofia cardiaca nel corso della tisi è un sintoma grave, poichè mette il tubercoloso in istato di inferiorità di difesa. 2. L' ipertrofia del cuore è dovuta a delle complicazioni ed è un indizio di cachessia lenta. 3. La degenerazione grassa è rara, ma quando esiste può provocare la morte subitaneamente. 4. L' abbassamento della tensione arteriosa è uno dei segni precoci e quasi costanti della tubercolosi. Se la tensione in un tisico s' innalza é segno che migliora e la sua malattia é curabile. 5. La tachicardia è uno dei segni di probabilità e non di certezza, i tubercolosi tachicardiei dovranno essere trattati col riposo e colla aeroterapia, si eviterà la iperalimentazione, specie se gli emuntori naturali non funzionano bene. 7. Le cardiopatie specifiche sono incurabili, spesso coesistono con le altre localizzazioni e solo così si può fare la diagnosi. 8. Non esiste antagonismo tra cardiopatie e tubercolosi.

Daremberg e Chuquet. **Influenza della fatica sulla temperatura dei tubercolosi, importanza della instabilità termica come elemento di diagnosi precoce e di prognosi della tisi polmonare.** — Nei casi dubbi di tubercolosi polmonare si deve dire al malato di fare ogni giorno delle passeggiate di tre, quattro ore, o poi prendere la temperatura, se essa è più elevata i giorni in cui cammina, che quelli in cui sta in riposo, con molta probabilità è un tisico.

Spesso nei casi di tubercolosi latente si hanno senza ragione delle elevazioni termiche di 2-3 gradi (39°-40°) mentre che in apparenza si è in florida salute. Bisogna guardarsi di queste febbri effimere, che non possono essere dovute ad una indigestione, a un eccesso qualunque.

Desprez. **Il cloroformio nella cura della tubercolosi** — Il polmone è un organo essenzialmente permeabile all'aria, quindi i medicamenti sotto forma gassosa sarebbero i migliori da applicarsi contro le malattie del pulmone, la tubercolosi in primo luogo.

L'aria addizionata ad una quantità infinitesimale di vapori antibacillari di cloroformio, é un mezzo curativo potente e buonissimo.

La disinfezione degli appartamenti, durante il tempo in cui sono occupati, a mezzo dei vapori di aldeide formica o di formoclorolo è anche un potente mezzo curativo.

TERAPIA MODERNA

L'azione dei farmaci sulla secrezione del succo gastrico

Passando in rassegna la letteratura in riguardo alla questione se e quanto riesca di modificare la secrezione del succo gastrico coi farmaci, non si viene ad un risultato soddisfacente. Alcuni autori non fanno affatto cenno di medicamenti, che possono influenzare in un senso o nell'altro la detta secrezione, altri attribuiscono a questo od a quel farmaco una certa influenza. Spesso si vede che lo stesso rimedio dichiarato efficace da un autore è detto inefficace da un altro. Finora non esiste un farmaco, al quale tutti gl'investigatori unanimemente abbiamo riconosciuto un' influenza non dubbia sulla secrezione del succo gastrico, sia nel senso di eccitazione che di depressione. Però del modo di comportarsi d' altri organi secretorii di fronte ad una serie di medicinali si deve ammettere a priori che tali mezzi esistono. Gli esperimenti sull'influenza dei medicamenti sull' attività secernente dello stomaco sono stati eseguiti in parte negli animali, in parte nell' uomo, però gli esperimenti negli animali sono più adatti a risolvere la questione se non faranno aumentare o deprimere la secrezione del succo gastrico. Riegel s'occupa frequentemente di quest'argomento (*Zeitschrift für klinische Medicin*, Bd. 37, H. 5 e 6, 1899). I casi vennero operati col metodo di Pawlow, col quale si forma un piccolo stomaco secondario che non comunica collo stomaco primario e che perciò non viene in contatto cogl'ingesti, ma che sbocca apertamente all'esterno. Somministrando ai cani così operati un litro di latte, il Riegel ottenne cifre diverse di secrezione nei diversi animali, che variavano secondo la grandezza degli animali, dello stomaco secondario, secondo l' appetenza o altro. Però a condizioni uguali di esperimento ebbe nello stesso animale press'a poco gli stessi valori e lo stesso andamento dolla secrezione gastrica. In modo affatto diverso decorse la secrezione, ove allo stesso animale, contemporaneamente all'alimentazione, si praticava un' iniezione di atropina. La secrezione del succo gastrico diminuiva allora di molto, raggiungeva appena l' ottava parte della quantità secreta prima dell'animale col solo pasto di latte. Ripetendo l'esperimento parecchie volte, ebbe sempre gli stessi risultati. Così mentre la quantità del secreto col solo pasto di latte in 3 esperimenti fu nel primo di 15, 4 cmc. in 2 ore, nel secondo di 26 cmc. in un ora e $^3/_4$, nel 3° 59,5 cmc. in 2 ore, aggiungendo l' iniezione d' atropina fu rispettivamente di 1,8 di 1,8 di 1,7 cmc. nello stesso spazio di tempo. Quindi può considerarsi come dimostrato che l'atropina esercita una potente azione inibitrice sulla secrezione del succo gastrico. Non soltanto la quantità del secreto viene diminuita considerevolmente dall'azione dell'atropina, ma anche l'acidità diviene minore, diminuendo del terzo e persino della metà. Riegel volle poi sperimentare la pilocarpina, la quale in molti rapporti ha azione opposta all'atropina. La quantità di secrezione del succo gastrico che s'ebbe praticando contemporaneamente alla somministrazione del latte un' iniezione di pilocarpina, fu il triplo della quantità di secreto che s'aveva col solo pasto di latte. Ancora più dimostrato per l'azione eccitante dalla pilocarpina sulla secrezione del succo gastrico fu un'altro esperimento, nel quale si praticò soltanto l'iniezione di pilocarpina senza somministrare contemporaneamente il pasto di latte. La sola iniezione di pilocarpina é perciò sufficiente ad eccitare in alto grado la secrezione del succo gastrico, e per vero in grado più alto, come dimostrano le curve riferite dal Riegel. Ripetuto l'esperimento s'ebbe costantemente lo stesso risultato. Confermando tutti questi risultati si vede che la quantità di succo, iniettando contemporaneamente la pilocarpina, raggiunge già nella prima ora il triplo del normale, in media raggiunge il triplo, fino al quintuplo della quantità di succo secreta nello stesso tempo senza pilocarpina. Venne quindi confermato il fatto che già si prevedeva, cioè che la pilocarpina modificherebbe la secrezione del succo gastrico in senso inverso dell'atropina. Non s'ebbero però modificazioni notevoli dell'acidità del

secreto sotto l'azione della pilocarpina; con questa però s'ebbe ogni volta un secreto torbido con piccoli coaguli sanguigni, fiocchetti mucosi contenenti sangue. Allo sbocco della fistola si constatò subito dopo l'iniezione un arrossamento notevole ed una tendenza all'emorraggia al menomo toccamento. Questi fatti indicano che la pilocarpina produce uno stato irritativo più o meno intenso, una forte iperemia della mucosa gastrica con tendenza all'emorragia. Dai risultati di questi esperimenti, è messo fuori dubbio che l'atropina e la pilocarpina debbono essere considerati come antagonisti in rapporto alla loro azione sulla secrezione dello stomaco. L'atropina diminuisce sia la quantità del secreto gastrico che la sua acidità. Siamo giustificati a trasportare senz'altro i risultati di questi esperimenti sugli animali, all'uomo.

Gli esperimenti praticati finora nell'uomo coll'atropina hanno dato risultati contradittori. Ancora più contraddittorii sono i risultati avuti colla pilocarpina, avendo alcuni trovato un aumento della secrezione gastrica, altri l'opposto. Riegel in più di 80 esperimenti istituiti nell'uomo coll'atropina ebbe risultati affatto concordi con quelli avuti negli animali, cioè l'atropina esercita anche nell'uomo un'influenza decisa sulla secrezione gastrica, e per vero abbassandola.

In generale si ebbe diminuzione maggiore dell'acidità quando l'atropina si somministrò sottocutaneamente anzichè per bocca. Il grado di diminuzione fu diverso nei singoli casi; nel maggior numero dei casi l'effetto fu considerevole. In conclusione l'atropina ha il potere di diminuire anche nell'uomo sia la quantità del secreto gastrico che la sua acidità. Gli esperimenti istituiti nell'uomo colla pilocarpina diedero per risultato un'abbondante secrezione gastrica.

Riassumendo, l'influenza dell'atropina e della pilocarpina vale anche per lo stomaco umano. Per la pratica l'azione inibitrice dell'atropina sulla secrezione e la sua influenza sull'acidità della stessa, ha maggior importanza dell'azione della pilocarpina. Riegel nelle sue esperienze terapeutiche raccomanda l'atropina, specialmente nei casi di aumentata secrezione gastrica, quale un mezzo da adoperarsi con efficacia. Egli si riserva di riferire in appresso sull'azione di altri farmaci.

RADIOGRAFIA E RADIOSCOPIA

I raggi di Röntgen nella semiologia del cuore e dell'aorta

La radioscopia del torace è venuta ad arricchire i nostri mezzi di indagine per la diagnosi delle affezioni del cuore e dei grossi vasi. Dalle particolarità che si rilevano dall'ombra del cuore, si possono trarre molteplici conclusioni, vale a dire se il cuore conserva la sua posizione normale, se il suo volume è modificato ecc. La radioscopia ci ha dimostrato che il cuore mantiene la sua posizione non perchè poggia sul diaframma, ma perchè resta sospeso al fascio vascolare. In condizioni normali infatti si vede uno spazio chiaro tra l'ombra del cuore e quella del diaframma. Il Benedikt, che fece per primo questa osservazione, constatò in seguito che questo spazio intermediario non si vede, quando il cuore è ingrandito, e che quando il pericardio aderisce al diaframma, non é possibile un movimento di quest'ultimo senza un movimento associato del cuore. La radioscopia mette poi in evidenza i mutamenti di posizione del cuore; la destrocardia congenita, lo spostamento del cuore negli essudati, nei tumori, nel sollevamento del diaframma, nel cuore mobile. Maggiore importanza hanno i raggi X nella determinazione del volume del cuore, la quale spesso è così difficile coi mezzi forniti dalla percussione, specie quando havvi enfisema polmonare. Inoltre col nuovo metodo di ricerca noi siamo in grado di studiare i movimenti del cuore. Raramente si vedono grandi escursioni; d'ordinario si tratta di piccole differenze tra la diastole e la sistole. Si può inoltre vedere se il cuore si muove energicamente o debolmente. Bouchard dice che, indipendentemente dall'azione cardiaca, il cuore subisce una distensione nell'atto della inspirazione. Grunmach nell'insufficienza aortica osservò insieme a contrazioni normali del cuore, movimenti speciali, deboli dell'ombra cardiaca. Benedikt, faradizzando la regione del cuore, osservò vivaci contrazioni e dilatazioni del cuore.

Importantissimo è pure l'esame radioscopico dei vasi che partono dal cuore. Si è perfino giunti a dimostrare i processi arterio-sclerotici delle coronarie, la persistenza del dotto arterioso di Botallo ecc. Il maggiore interesse lo hanno però le dilatazioni dell'aorta e gli aneurismi. Ogni medico sa quanto difficile sia la diagnosi di un aneurisma incipiente, e qualche volta impossibile con i mezzi forniti dalla semeiologia. Oggi con i raggi di Röntgen siamo in grado di diagnosticare anche le lievi lesioni aortiche, la sede, la grandezza e la specie delle lesioni. Le piccole dilatazioni dell'arco aortico non sono molto rare; si incontrano molto spesso nella insufficienza aortica, e si manifestano con una più forte pulsazione. Schuster ha pubblicato recentemente alcune fotografie di dilatazioni aortiche, molto dimostrative (*Therapeutische Monatshefte*, agosto 1899). Le dilatazioni sacciformi dell'aorta non sempre si possono agevolmente distinguere dai tumori solidi, quando questi hanno sede in vicinanza immediata dell'aorta, in modo che questa comunichi loro la sua pulsazione. D'altra parte la pulsazione dell'aneurisma talvolta è insignificante. Levy-Dorn avendo osservato molto spesso ai raggi X lievi dilatazioni aortiche,

ne desume che la loro prognosi non sempre è sfavorevole, od almeno non tutte le dilatazioni incipienti hanno tendenza a diventare aneurismi. Schuster dice che non ogni dilatazione lieve dell'aorta deve essere riguardata come aneurisma incipiente; spesso si tratta semplicemente di aumento della pressione sanguigna, ed alla sezione non si trova alcuna dilatazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Zeitschrift für klinische Medicin* diretta da v. Leyden, Gerhardt ecc. Bd. 37, H. 5 e 6, 1899.

1 F. Riegel. **L'azione dei farmaci sulla secrezione del succo gastrico.** V. pag. 499.

2. H. Holsti. **Sui risultati della sieroterapia nel tetano.** Riferisce due casi di tetano trattati coll'antitossina. Il 1° di essi era un caso leggiero di tetano, il periodo d'incubazione fu di 3-4 settimane, l'iniezione di antitossina si praticò al 16° giorno di malattia. In questo caso non potè constatarsi un'influenza favorevole dell'antitossina sui sintomi tetanici. Il 2° caso fu più grave del 1°, pure nemmeno esso può venire contato fra i casi acuti gravi di tetano. Il tempo d'incubazione fu abbastanza lungo (2 settimane), il trattamento coll'antitossina venne praticato 8 giorni dopo lo scoppio della malattia. Nemmeno in questo caso si potè osservare un'azione favorevole appariscente dell'antitossina. Il giudizio finale di Holsti sull'azione dell'antitossina nei suoi 2 casi di tetano fu perciò il seguente, che egli cioè non potè trovare alcun'azione curativa sensibile, però nemmeno un'influenza sfavorevole.

3. F. Blumenthal. **Sulle reazioni dei pentosii.** — I caratteri dei pentosii trovati finora nell'organismo animale, sono i seguenti: Nell'urina è positiva la reazione di Trommer (dopo la bollitura), il reattivo di Nylander dà una colorazione bruno-nera o nera, la reazione di Moore dà colorazione gialla e odore di caramelle, la prova della fenilidrazina dà l'osazone, l'acido floroglucinico dà colorazione rosso-ciliegia, nero col riposo; il cloruro di orceina dà colorazione verde-bleu o violetto-bleu, la fermentazione e la polarizzazione sono negative. Il pentosio degli organi (dalla nucleina) dà tutto allo stesso modo. La polarizzazione nel pentosio del pancreas dà debole rotazione a destra.

4. R. Weil. **Sull'influenza delle sottrazioni locali di sangue sulle infiammazioni.**—Dalle sue ricerche risulta che la sottrazione sanguigna locale può esercitare un'influenza favorevole nei processi infiammatorii esistenti e ch'essa non esercita soltanto un'utilità sintomatica per l'azione sul dolore. Mentre Nikolas e Gentzmen ripongono l'azione terapeutica della sottrazione locale di sangue principalmente nel momento meccanico, cioè nel fatto che coll'apertura delle vie sanguigne le masse stagnanti vengono portate via, ma dànno anche importanza al sangue fresco portatore di nuova energia vitale, Pernice crede che anche altri fattori debbano essere tenuti in considerazione. Colle scarificazioni e specialmente colle ventose di Heurteloup le masse iniettate nei tessuti verrebbero scompartite e diluite nei tessuti, dove andrebbero soggette a riassorbimento più rapido. Per la sottrazione sanguigna la pressione nei capillari diminuerebbe, conseguenza di questo fatto sarebbe uno scambio attivo tra linfa e sangue e poi tra sangue e linfa, cosicchè le masse nocive verrebbero portate via col sangue o colla linfa, per lo meno verrebbero divise nei tessuti e diminuirebbe la loro concentrazione. Weil si associa a questo modo di vedere, però altri momenti debbono entrare in giuoco nella sottrazione sanguigna, se si vuole trovare una spiegazione dell'azione analgesica. Colla sottrazione locale di sangue, nei casi d'infiammazioni superficiali con territorii vascolari comunicanti, si ha una diminuzione della pressione che gravita sui nervi da due parti, cioè dai vasi sanguigni e dal tessuto. Questo sgravio dei vasi nel distretto infiammatorio è ritenuto molto problematico da Jürgensen secondo il quale, finita l'operazione e chiusosi il circolo, ritornerebbero nel territorio ammalato le condizioni antiche. Appunto a questo fatto Weil dà grande importanza, essendo desiderabile una dilatazione reattiva dei vasi nel sito infiammato, un'iperemia passiva. I risultati favorevoli nell'infiammazioni site profondamente, cioè con territorii vascolari che non sono accessibili all'influenza immediata della sottrazione sanguigna, dovrebbero riferirsi allo stimolo riflesso dei vasocostrittori, al quale terrebbe dietro secondariamente la dilatazione dei vasi e quindi iperemia. L'effetto terapeutico delle sottrazioni sanguigne locali nell'infiammazioni batteriche si spiega inoltre col fatto che il sangue e la linfa che penetrano nel vaso e fuoriescono dal distretto infiammatorio formano meno un mezzo di trasporto per gli agenti morbosi, ma possono piuttosto farsi valere per la loro proprietà battericida.

5. H. Hellendall. **Contributo alla diagnostica dei tumori del polmone.** — Riferisce 3 casi di tumori del polmone che poterono essere diagnosticati in vita colla puntura saggiativa del tumore.

6. Winkler. **Studi sperimentali sull'insufficienza mitralica funzionale.** V. pag. 493.

7. K.F. Wenckebach. **Sul polso regolarmente intermittente.** — Il polso regolarmente intermittente non è prodotto da extra-sistoli e perciò riconosce una causa ed ha un significato affatto di-

verso da quello del polso irregolarmente intermittente. Esso è un' aritmia ritmica (alloritmia) prodotta dal diminuito potere di conduzione del muscolo cardiaco.

8. S. BASCH. **Quale importanza clinica spetta alla prova della fermentazione delle fecce di Schmidt?.**—La prova della fermentazione delle fecce quale venne descritta da Schmidt e Strasburger, rappresenta un metodo di ricerca clinico eseguibile soltanto in una clinica e solo con pazienti intelligenti nella pratica privata. Essa richiede, se eseguita esattamente, molto tempo e l'utilizzazione diagnostica dell'esperimento è notevolmente difficultata specie in conseguenza della costipazione prodotta frequentemente dalla dieta speciale. Solo il risultato positivo della prova è dimostrativo, come rilevano gli stessi Schmidt e Strasburger; però esso non dà alcuno schiarimento sulla specie del disturbo. L' esito dell'esperimento non è costante nella stessa specie morbosa, nemmeno nello stesso paziente, nemmeno infine nello stesso esperimento. L'importanza clinica dell'esperimento per il giudizio della gravezza di un disturbo intestinale, non è ancora abbastanza chiara. Il numero dei casi, nei quali esso può essere decisivo per la diagnosi, non sembra che sia molto grande. L' utilizzazione contemporanea degli altri metodi di esame dell' intestino è necessaria indispensabilmente.

9. H. I. VETLESEN. **Il morbo di Basedow, con considerazione speciale sulla patogenesi e la cura.** — La teoria di Möbius è senza dubbio quella che oggi soddisfa dippiù all' esigenze scientifiche e risponde meglio all'esperienza clinica. Vetlesen ha avuto opportunità di osservare ultimamente 23 casi di morbo tipico di Basedow, non tenendo conto di altri 8 casi di forme fruste. In 7 dei 13 casi tipici si constatò quale momento disponente una tara nevropatica ereditaria, in 1 potè ammettersi una disposizione ereditaria ai vizii cardiaci, in 5 mancava qualsiasi disposizione ereditaria. Di cause determinanti od occasionali gli vennero riferiti in un caso uno spavento pregresso ed influenze psichiche deprimenti, in un altro lo studio eccessivo per gli esami, in un 3° caso attività esagerata, in 3 casi l'influenza pregressa. In 6 dei 13 casi osservò un'emicrania tipica come sintoma compagno. Oltre ai farmaci noti, Vetlesen fece uso in 6 casi dell' acido solforico: in 3 casi ebbe azione favorevole, in uno solo transitoria, in altri 2 effetto negativo. L' effetto favorevole si ottiene nei casi non progrediti. Raccomanda l'uso del fosfato di soda specialmente nelle forme fruste. Riguardo all' organo-terapia, egli non fece mai uso, sia per motivi teoretici, sia per i risultati pratici, della tiroide e dei suoi preparati. In 4 casi fece uso della sostanza del timo, però non può da essi trarre delle conchiusioni precise. Riferisce in ultimo 4 casi di morbo di Basedow, nei quali s'intervenne chirurgicamente e conchiude col dire che la resezione della tiroide nel morbo di Basedow non è soltanto un mezzo terapeutico accettabile, ma ch'essa in un gran numero di casi dà risultati favorevoli ed è sicuramente indicata nei casi in cui il trattamento medico ha esaurito le sue batterie e lo stato del paziente è tale che la sua attività al lavoro è uguale a zero e la sua vita una sofferenza continuata.

10. M. LEWANDOWSKY. **Sulla questione della secrezione interna della capsula surrenale e del rene.**—La capsula surrenale è una ghiandola sanguigna, un organo con secrezione interna. Il sangue delle vene renali non aumenta affatto la pressione sanguigna, in ciò vede l' unica prova sicura di una secrezione interna del rene.

11. L. BADT. **Sull' eliminazione dell' acido urico nell'urina durante l'accesso acuto di gotta.**—Durante l'accesso gottoso la quantità d'urina non è al disotto della normale, come prima si riteneva generalmente. In 15 ricerche la quantità dell' acido urico non si trovò mai diminuita, nel maggior numero dei casi anzi sorpassò notevolmente la normale.

FORMULARIO

***Lyon.* Contro la costipazione**

Aloe } Estratto di rabarbaro } . . . ana	gr. 5
Estratto alcoolico di noce vomica .	» 2

Per 24 pillole. Una la sera.

***Loiret.* Thè purgativo**

Foglie di sena	gr. 50
Foglie di melissa	» 10
Foglie di mercuriale	» 5
Sommità fiorite di menta . . .	» 10
Sommità fiorite di isopo	» 15
Fiori di ginestra.	» 5

Da prenderne gr. 10 per tazza d'infusione.

Per disinfettare le deiezioni di malati contagiosi

Solfato di zinco	gr. 100
Acido solforico, ...	» 5-10
Essenza di mirbano	» 0,02
Bleu d'indigo	» 15

Grammi 5 di questa miscela, collocati in un vaso prima dell'uso, annullano i cattivi odori.

NOTIZIE E VARIETÀ

Nelle nostre Università

Nomine e promozioni

Messina. T r u z z i prof. E t t o r e, straordinario di ostetricia e clinica ostetrica a Parma è nominato ordinario della stessa disciplina a Messina.

Roma. B e r t o n i U g o è nominato preparatore apprendista nel gabinetto di anatomia comparata. È aumentata di un decimo lo stipendio per compiuto quinquennio al prof. L u c i a n i L u i g i ordinario di fisiologia.

Il Congresso Otologico di Londra

Il VI Congresso internazionale di Otologia si è inaugurato il giorno 8 alle ore 10 nella Grande Sala degli esami (Vittoria Embaukemant).

L' organizzazione del Congresso, che succede a quello tenuto a Firenze quattro anni or sono (1895), è perfetta. Le lingue ufficiali sono l'inglese, il tedesco, il francese e l'italiano,

Dall' Italia andò G r a z z i, che fu presidente del Congresso anteriore, C o z z o l i n o, di Napoli; G r a d e n i g o, di Torino: A v a l e d o, di Milano; B o b o n e, di San Remo; G a r z i a, di Napoli; M e l z i, di Milano; N u v o l i, di Roma; C a l a m i d a di Torino; P o l i, di Genova; O s t i n o, di Torino, ed altri.

Oltre le sedute scientifiche, che hanno avuto luogo ogni giorno si sono avute poi quasi ogni giorno delle sedute dilettevoli.

Gl'inglesi fanno le cose con grande dignità, ed in questa occasione i colleghi hanno trovato nella metropoli britannica una eccezionale accoglienza.

Molti otologisti di Londra hanno ospitato in casa propria i Congressisti stranieri. Il presidente del Congresso di Londra ospitava il presidente del Congresso di Firenze, anzi ha messo a sua disposizione un vero e proprio appartamento in Wimpole Street: il dott. L a w ospitava il prof. P o l i t z e r.

All' inaugurazione erano presenti 300 specialisti convenuti da ogni parte del mondo.

Il presidente, professor U r b a n o P r i t c h a r d, lesse una applaudita monografia nella quale indagò le origini e tessè la storia della scienza otologica, la quale risale nientemeno che a 3400 anni fa, ai tempi della civiltà egiziana. Si sa, infatti, di un antico papiro contenente un trattato sulle *orecchie dure ad udire* e che la speciale infermità desse fin da quei tempi remoti motivo di gravi preoccupazioni. Si ha una prova — osservò il professor P r i t c h a r d—in una reliquia egiziana, consistente in una tavoletta di legno rappresentante il bue sacro, più due auricole — certamente un'offerta votiva di un paziente guarito. Malgrado però la sua lontana nascita la scienza otologica può dirsi non sia esistita fino a 30 anni fa quando fra i medici esisteva ancora questa opinione che le malattie dell'orecchio possono dividersi in due categorie: quelle che sono guaribili coi mezzi ordinari e quelle che, essendo incurabili, si possono lasciare alla mercè degli specialisti!

L'otologia fece un gran passo con sir W i l l i a m W i l d e e col T o y n b e e. Solo in Londra vi sono ora 20 cliniche per le malattie dell'orecchio ed un museo, unico nel mondo, che raccoglie tutto ciò che può interessare gli specialisti sull' argomento, circa 3000 o 4000 modelli!

Il P r i t c h a r d entrò poi in una relazione puramente scientifica che fu molto apprezzata ed applaudita.

Quindi il professore V i t t o r i o G r a z z i, di Firenze, lesse pure in inglese, un discorso accolto colla massima attenzione.

La sera il presidente offrì un ricevimento ai Congressisti perchè avessero occasione di conoscersi reciprocamente, e la sera dopo vi fu un pubblico ricevimento al K i n g ' H a l l dato dagli otologisti inglesi.

Quasi tutte le sere vi sono stati banchetti offerti dal presidente, da Società scientifiche, o da specialisti inglesi.

Terminato il Congresso vi fu una escursione a Windsor Castle, abituale residenza della Regina; un signore inglese, F. W h i t e, ha invitato i Congressisti, a vedere le sue manifatture a Coventry il lunedì, 14 agosto, e potettero pure nello stesso giorno gli escursionisti visitare la casa di S h a k e s p e a r e.

Insomma questa riunione, che è la VI della serie, è stata sotto ogni rapporto superiore alle precedenti.

GAZZETTINO

ROMA. *Per la bonifica dell'agro romano.*—Il maggiore v o n D o n a t h ha presentato al Ministro dei lavori pubblici, a nome di una società anglo-tedesca, un progetto tecnico-finanziario completo per la bonifica delle paludi Pontine e della pianura di Piscinara, appena sarà notificata la legge sulle bonifiche, che mette tali zone in prima categoria, cioè sotto l'azione diretta dello Stato. È pregio dell'opera riferire i particolari di detto progetto. Le opere consisteranno: 1° Nell'approfondire ed allargare il fiume Sisto (per il prosciugamento della Piscinara); 2° Nel l' approfondire l' Uffente (per consolidare la diga della Mezzaluna); 3° Nel trattenere le acque di piena in bacini montani, onde: *a)* evitare danni nella pianura e poter restringere le sezioni trasversali; *b)* poter irrigare; *c)* procurarsi la forza per le pompe, la coltivazione del terreno e per la lavorazione dei prodotti; 4° Nella politura meccanica e continua delle fosse e dei tre sbocchi al mare; 5° Nel prosciugare meccanicamente tutto il terreno; 6° Nella coltivazione immediata e più intensiva di tutto il terreno senza eccezione.

FIRENZE. *Croce Rossa Italiana.*—Oltre all' ospedale da guerra n. 21, someggiabile, che, come ave-

vamo annunciato, interviene alle manovre di campagna colle truppe della Divisione Militare di Firenze, sotto la direzione del prof. Giovanni Del Greco, anche l'ambulanza da montagna n. 8 (tipo Africa) eseguirà un esperimento di mobilitazione per istruzione toccando le seguenti località: Pontassieve, Figline, S. Giovanni, Montevarchi, Arezzo, Anghiari, S. Sepolcro, Castiglion Fiorentino e Cortona.

Il comando dell'ambulanza è affidato al medico assistente di 1ª classe (tenente) dott. Cesare Biondi col personale di assistenza (1 sorvegliante e 2 infermieri).

Tale esperimento avrà luogo fra il 26 agosto e il 5 settembre p. v.

NAPOLI. *Contro la tubercolosi.* — Il sindaco di Napoli, facendo omaggio al magnifico dono fatto dalla duchessa Ravaschieri all'ospedale degli Incurabili della sua villa a Pozzuoli per trasformarla in Sanatorio contro la tubercolosi, imitandone l'esempio, ha proposto alla Giunta di donare all'ospedale stesso per l'identico scopo il convento di San Gennaro e le annesse vigne in Pozzuoli, appartenenti al nostro Comune.

La Giunta approvò unanime la filantropica proposta.

CATANZARO. *Un congresso medico provinciale.* — Nei giorni 12 e 13 settembre si terrà qui il VI Congresso medico provinciale per il quale il presidente dell'« Associazione medica » dott. Jelapi ha già diramati gli inviti.

Fra i temi più importanti che saranno discussi sono la proposta del riconoscimento dell'« Associazione » in ente autonomo e la istituzione di una Lega contro la tubercolosi e di Sanatorii.

NOVARA. *Congresso dei medici.*—Il giorno 16 del corrente mese si tenne nella nostra città un Congresso fra i sanitari della provincia di Novara, presidente il professore F. Parona di Novara.

La riunione ebbe luogo alle ore 11.

Erano inscritti moltissimi medici di Vercelli, Novara, Biella e del circondario, compresi tutti quelli del Lago.

I consiglieri sono i dottori Magenta di Stresa e Massazza di Pallanza ».

PONTEDERA. *Festa della carità.* — Nel silenzio della notte l'anno scorso una mano ignota e malvagia osava deturpare il bianco vessillo di questa compagnia di pubblica assistenza, mentre pendeva dal verone della sede sociale.

Orbene questi militi che con tanto amore compiono il loro dovere umanitario, domenica scorsa inaugurarono la nuova bandiera in sostituzione di quella spiegata; inoltre venne festeggiato il quel giorno il decimo anniversario della fondazione della benemerita compagnia.

Il 14 agosto ebbe luogo un convegno fra i presidenti delle varie associazioni di assistenza pubblica.

È stato pubblicato un patriottico manifesto dalla direzione.

GROSSETO. *Gli studi sulla malaria.* — Il professore Koch con gli assistenti lasciò Grosseto dopo essersi trattenuto circa una cinquantina di giorni per studiarvi le cause delle febbri malariche. Oltre 400 furono i casi studiati in quell'ospedale.

AREZZO.—Il Comitato delle Patronesse della Compagnia di pubblica assistenza « la Croce bianca » lavora alacramente per la buona riuscita di una fiera-lotteria da inaugurarsi nel prossimo settembre a profitto di detta istituzione.

Sappiamo che sono già arrivati splendidi doni inviati oltre che da molti ragguardevoli personaggi anche da S. M. la Regina e da S. A. R. la Duchessa d'Aosta.

RIOLO. *Igiene.*—A cura del nostro ufficiale sanitario dott. Sega è stato redatto ed affisso all'Albo pretorio il Bollettino statistico sanitario mensile dal quale, risaltano le ottime condizioni igienico-sanitarie del Comune, sia per riguardo alle malattie infettive che comuni e stazionarie.

In questi giorni venne pure affisso al pubblico il risultato dell'analisi chimica batteriologica dell'acquedotto fatta, per suo consiglio, in questi giorni nell'Istituto chimico-micrografico dell'Ospedale di Faenza, analisi che ha riconfermate le ottime qualità dell'acqua potabile ad un anno dall'inaugurazione dell'acquedotto.

PRUSSIA. *La lepra.*—Per completare le misure contro la propagazione della lepra nel distretto di Memel, il governo prussiano ha aperto un leprosario nei dintorni stessi di Memel. Fin dal 20 luglio, data dell'inaugurazione, in esso sono stati internati 11 leprosi.

MADRID. *Società d'Igiene.*—Per stimolare lo studio dell'igiene, questa società ha aperto un concorso a premio per gli autori di lavori d'igiene, che indichino in modo pratico e semplice tutto ciò che la scienza consiglia di conoscere per prevenire le malattie e migliorare le condizioni igieniche della vita. A tal fine si annunziano due premi. I. Premio della Società spagnuola d'igiene: Processi pratici per scovrire le alterazioni degli alimenti e delle bevande usuali; 2° Premio Fernandez Caro che deve intendersi per *sanatorium* dal punto di vista igienico?

COSTANTINOPOLI. *Servizio antirabbico.* — Per decreto di S.M. il Sultano il servizio antirabbico viene annesso all'Istituto batteriologico; e, su proposta del Nicolle, a direttore di quest'istituto, il governo imperiale ottomano ha designato il Marie per dirigere questo servizio.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'azione dell'estratto di capsule surrenali dell'uomo sano

Olivier e Schäfer nel 1895, studiando gli estratti capsulari di diversi animali, dichiararono che questi estratti producono sempre dei risultati identici. Hanno studiato comparativamente l' estratto surrenale di addisoniani e quello delle capsule umane normali ed hanno costatato che quest'ultimo è tanto attivo quanto quello degli animali. Il Dubois è venuto alle stesse conclusioni. Leggendo i lavori di Foà e Pellacani, Mattei, Alexander, Marino-Zuco, Dutto, Guarnieri, Alezais e Arnaud, Gluzinsky, Gourfein, Langlois, si vede come tra le azioni prodotte dagli estratti freschi di diverse specie non esistono differenze apprezzabili, almeno quanto alla loro natura, perchè pare, secondo Dubois e Langlois, che la tonicità di ciascun prodotto varia con l'animale, con le condizioni nelle quali si trova, con lo stato delle capsule, con il modo di preparazione dell' estratto e con lo stato dei soggetti ai quali si iniett a.

Nessuno però ha sperimentato con l'estratto capsulare di uomini sani. Guinard e Martin, avendo avuto la possibilità di togliere le capsule surrenali di un giovane sano, due ore dopo la sua esecuzione, ne prepararono un estratto, con il quale ricercarono se gli elementi tossici, contenuti nelle capsule surrenali dell'uomo, abbiano le stesse proprietà fisiologiche e sviluppino le stesse azioni di quelli contenuti nelle capsule degli animali.

Iniettando questo estratto negli animali, hanno visto che esso modifica profondamente il ritmo cardiaco: il cuore è rallentato, diviene aritmico e le sue pulsazioni sono notevolmente rinforzate.

Queste modificazioni sono persistite per lungo tempo, più ancora di quelle della pressione arteriosa. Il Cyon recentemente ha dichiarato che il rallentamento del cuore con l' estratto capsulare non è costante, e dev' esser considerato come un effetto iniziale e passeggero; per lui l'estratto surrenale è sovratutto un eccitante degli acceleratori cardiaci. Questi risultati sono stati infirmati dalle ricerche recenti di Guinard e Martin. Questi autori, pur credendo alla predominanza possibile degli effetti moderatori, non sono nel caso di potere contestare assolutamente gli effetti acceleratori, che sono perfettamente ammissibili, ma che non debbono esser però sempre gli effetti dominanti. È probabile che gli effetti acleratori si abbiano quando si ricorra ad un estratto attivissimo, si iniettino dosi forti, o si ripetano le dosi; in tali condizioni allora il veleno deprime i moderatori.

Nelle loro esperienze hanno visto che, facendo una 2ª iniezione durante una fase di rallentamento cardiaco prodotto da una 1ª iniezione, le azioni moderatrici sono considerevolmente esagerate; ma può capitare, come ha visto il Bardier, che l'influenza delle prime dosi possa, alla lunga, attenuare le azioni delle dosi seguenti.

Infine, hanno constatato che, sezionato uno o tutti e due i pneumogastrici, l'iniezione venosa del succo surrenale è seguita da fenomeni di rinforzo e di rallentamento abituali; solo l'aritmia ha fatto difetto, non presentandosi nella fase di rallentamento propriamente detta, ma solo nei primi secondi che seguivano l'iniezione, durante il massimo dell' ipertensione: immediatamente dopo e durante la caduta della pressione, il cuore era molto rallentato. Ciò è contrario a quello che era stato ottenuto da Olivier e Schäfer, che dicono aver riscontrata la persistenza dell' accelerazione del cuore dopo la sezione dei due vaghi.

Per quel che riguarda le modificazioni del circolo vascolare i risultati di Guinard e Martin sono identici a quelli di Olivier, e Schäfer, Cybulski, Szimonovicz, Velich, Biedl, Fränkel, Gottlieb, Langlois, Livon. Il succo surrenale umano determina un'ipertensione arteriosa rapida, considerevole, ma passeggera. Dopo la ripetizione delle dosi si ha invece ipotensione.

Esiste quindi nelle capsule umane, come in quelle degli animali, una sostanza attiva, potentemente vaso-costrittrice, che scompare rapidamente dopo l' iniezione. E' probabile che questa azione vaso-motrice sia periferica, in modo analogo a quanto avviene per l'estratto di capsule animali. Ma non si sa se questa azione sia diretta sugli elementi contrattili dei vasi o sugli elementi nervosi (Gottlieb). Le esperienze di Cyon potrebbero condurre ad una opinione più eclettica. Il Cyon vide che, durante il massimo di elevazione della tensione sanguigna, la sezione di un nervo splancnico abbassa notevolmente, ma in modo passeggero, la pressione: in tali condizioni la sezione del secondo splancnico produrrebbe un nuovo abbassamento di durata più lunga; però la pressione resterebbe ancora molto al di sopra della norma. Il Cyon conclude che l'estratto surrenale eccita molto violentemente tutto il si stema simpatico vaso-costrittore, i centri vaso

costrittori situati nel midollo allungato, i centri periferici, quelli dei gangli simpatici e quelli delle cellule gangliari terminali.

Comunque ne sia, le azioni periferiche non sono dubbie: con l'estratto surrenale umano Guinard e Martin hanno osservato effetti vaso-costrittori locali e diretti instillando il prodotto nel sacco congiuntivale di molti animali. Bates e Dor hanno tratto da questa proprietà molti benefici nella pratica della oftalmo-terapia e della chirurgia oculare.

Gley e Langlois hanno cercato di sopprimere o diminuire l'effetto vaso-costrittore surrenale con l'azione vaso-dilatatrice dell'estratto di ghiandola tiroide: ma essi han visto predominare la vaso-costrizione. Guinard e Martin hanno combattuto l'ipotensione tiroidea con una iniezione venosa di succo surrenale. questi autori credono che, pur producendo le deboli dosi di estratto tiroideo una leggera elevazione della tensione vascolare, questa elevazione è fugace, poco importante ed assai rapidamente seguita dall'effetto opposto: di modo che pare evidente che il succo tiroideo e capsulare abbiano degli effetti piuttosto antagonisti, e che non sia logico confonderli raggruppando le ghiandole che li forniscono sotto la qualifica di ghiandole ipertensive.

BIBLIOGRAFIA

Gley et Langlois. *Société de biologie*, gennaio 1898. — Guinard et Martin. *Journal de physiologie et de pathologie générale*, n. 4, 15 luglio 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Cállari, interno ordinario

(*Cont. — V. num. prec.*)

Lepra tuberosa

Oss. I. Di G...... Nunzia di anni 18, nata a Cammarata e domiciliata da 10 anni a Termini Imerese, dove ebbe a manifestarsi la dermatosi che data dal '94.

Questa inferma è una dei 13 malati di lepra che abbiamo, dal '95 a tutt' oggi ospitate in clinica per studii speciali e figura nel mio lavoro « Lepra in Sicilia » pubblicato nel *Giornale Italiano di mal. ven.* (Fasc. III. 1899). Le parti più colpite sono le braccia, le gambe le natiche e il dorso. Si tratta di parecchi lepromi confluenti.

Per questa inferma furono adoperati i sieri N. 1, N. 8, N. 6. Internamente si è dato anche acido ginocardico (gr. 0, 25 al giorno) che poi viene sospeso per intolleranza (cefalea e diarrea).

Localmente unzioni di crisarobina e di resorcina. Il 21 novembre 1898 si iniziano i lavaggi.

Dopo 11 iniezioni di siero N. 1 portanti gr. 2.250 di liquido e durante le quali si ebbe sempre febbre e comparsa di nuovi tumori al dorso, furono fatte 4 iniezioni del siero N. 8 portanti gr. 200 di liquido.

Queste ultime riescono estremamente dolenti e provocano anche brividi. Si torna alle iniezioni col siero N. 1 e si ricorre alla cura locale con la crisarobina. Riceve 17 iniezioni portanti gr. 2.550 di liquido. Nessuna modificazione si nota sulle forme leprose. I lepromi antichi restano tali quali. Sulle cicatrici rimaste per la cauterizzazione di taluni di essi, nuovi lepromi appaiono. Le condizioni generali si sono mantenute sempre lodevoli. Si sospende il siero N. 1 ed essendo pervenuto alla clinica un nuovo preparato, ginocardato di soda, si pensa di adoperarlo assieme al siero artificiale N. 1, costituendo così il siero N. 6 che all'atto della preparazione è pressochè limpido, ma che poi s'intorbida presentandosi come liquido lattescente, e più specialmente come acqua saponata. Al tatto si presenta viscido ed agitando il recipiente si formano delle bolle poliedriche. Malgrado la filtrazione, il liquido è sempre torbido.

Con questo siero si praticano N. 28 iniezioni portanti gr. 3.800 di liquido. Se ne praticano poi altre 5 aumentando la dose del principio attivo e portanti gr. 500 di siero in tutto gr. 2.80 di ginocardato ma si deve sospendere per i forti dolori suscitati all'atto dell'iniezione e che durano fino a 2-3 giorni.

Riassumendo, l'inferma riceve in tutto 65 iniezioni portanti complessivamente gr. 9.050 di liquido.

I risultati furono nulli, seguendo la malattia il suo corso naturale.

Sarcoma cutaneo e Carcinoma ulcerato della mammella

All'Accademia Medico-Chirurgica Universitaria di Palermo, il Prof. Tommasoli, comunicando due casi di *sarcoma cutaneo primitivo* (tipo Perrin e tipo Kaposi) così si esprimeva sulla *etiologia*:

« Delle tante teorie ancora in corso, nessuna « può accettarsi almeno come completa . . . . . « Tenuto conto e degli antecedenti, e dei fatti « premonitori e degli accessori etc... opino che « la teoria ematica s' imponga specie per la « sarcomatosi o pseudo-sarcomatosi del tipo « Kaposi. E ciò nel senso di una intossica- « zione profonda d' origine probabilmente di- « versa e di diversa natura nei diversi tipi di « sarcomatosi che per via degli umori, circoli « lungamente nell' organismo, dagli elementi « della quale verosimilmente derivi; e prima « offenda lentamente i vasi, specie i sanguigni, « provocando nei punti più deboli delle loro « pareti, lentissimi processi infiammatori, latenti

« e sclerosi e metastasi grassa con tutte le loro « conseguenze e di neoformazioni, e di ectasie, « e di gracilità e di rottura ect... ed in seguito « attorno a questi punti offesi e partendo da « essi, provochi nei tessuti, nuovi processi ir- « ritativi più o meno lenti con esito in quelle « proliferazioni specifiche che costituiscono i « diversi tipi isto-patologici di sarcomatosi. « Questa teoria può raccogliere in sè e la teoria « delle trasformazioni dei neoplasmi benigni « e quella delle influenze nocive esterne, e « quella delle influenze nervose e quella delle « derivazioni vascolari e non esclude il con- « cetto della metastasi, ma limita enormemente « il bisogno di ricorrervi ».

Questa, nella sua geniale semplicità e chiarezza la nuova teoria del Tommasoli, che richiamò alla sua mente l'idea di applicare in questa malattia, come anche nel carcinoma cutaneo ulcerato, il metodo dei lavaggi.

Oss. I. — M..... Giovanni di anni 25 da Falsomiele.

Entrato in clinica il 17-12-98. Sei mesi addietro vide comparire un tumoretto al lato sinistro del collo. Man mano il volume di esso andò aumentando, suscitando dolori che si estendevano fino all' occhio dello stesso lato. Un mese dopo si sviluppò un tumore al palato duro e nello stesso tempo riusciva impossibile all' infermo il soffiarsi il naso. Indi insorse ptosi dell'occhio sinistro e sordità dello stesso lato.

Il tumore alla regione laterale destra del collo data da 3 mesi circa. Altri tumori sottocutanei si notano al dorso, al torace, alle braccia.

Diagnosi : *Sarcomatosi cutanea* (tumori ipodermici) e del palato duro.

Il 19-12-98 si cominciano i lavaggi col siero N. 7. Riceve 11 iniezioni portanti gr. 550 di liquido.

Notasi deperimento notevole, anoressia, vivissimi dolori ai punti scelti per l' iniezione, gravi fenomeni di stenosi tracheale. Per questo ultimo fatto l'infermo passa a S. Saverio dove muore dopo 4 giorni.

Oss. II. — Di M..... Francesco di anni 58 da Castellammare, marinaio.

Sarcomatosi cutanea primitiva (tumori epidermici e dermici).

La malattia data da un anno circa e si iniziò alle gambe ed ai piedi sostituendosi all'edema ed al rossore diffuso, dei tumori sporgenti, confluenti di colorito rosso vinoso, che in breve tempo si sono diffusi a quasi tutto l' ambito cutaneo.

Parecchi altri tumori sono dermici e si notano pure delle raccolte sierose intradermiche.

Un tumoretto ulcerato notasi alla palpebra superiore dell'occhio destro.

Lavaggi col siero N. 8 e N. 1: Acqua di Roncegno. Salassi. Cauterizzazione del tumore della palpebra. Siero N. 8. Riceve 9 iniezioni portanti gr. 280 di liquido. Si sospendono una sola volta per 8 giorni di seguito per fenomeni d'intossicazione per arsenico.

Durante questo 1.° periodo di lavaggi il tumore della palpebra destra superiore, stato cauterizzato, aumenta di volume. Al palato duro insorgono delle macchie rosse che cominciano a sollevarsi. Alle mani ed ai piedi crescono di volume i piccoli tumori ulcerati come pure quelli dermici. Aumenta il liquido delle raccolte intradermiche. Diarrea profusa. Siero N. 1. Riceve 4 iniezioni portanti gr. 2000 di siero. Nessun effetto.

Oss. III. — A.... Giuseppe di anni 53 da Palermo, pescatore.

Sarcoma idiopatico cutaneo e pseudo-elefantiasi dell'arto superiore sinistro. Gentilizio negativo. Febbre malarica. Vita di strapazzi. Alimentazione scarsa. La malattia attuale insorse quattro anni addietro al lobulo dell' orecchio destro, sotto forma di un piccolo tumore che, aumentato di volume in un primo tempo, regredì. La evoluzione del morbo si compì in un anno circa. Tre anni fa cominciarono edemi intercorrenti ai piedi e nello stesso tempo si manifestarono macchie e tumoretti, di questi taluni si peduncolarono. Un anno addietro edemi intercorrenti della mano sinistra e tumoretti al dorso di essa. Da due mesi disturbi della deglutizione e nella espettorazione. L'arto sinistro presentasi ora deformato, con dei profondi solchi ed è tutto aumentato di volume. I tumoretti sono tutti di colorito rosso-bluastro. La testa è libera di manifestazioni. Il braccio destro, gli arti inferiori sono i più colpiti.

Alla parete posteriore dell'arco palatino destro, pende un tumore rosso-bluastro, peduncolato, grosso quanto una nocciola. Funzioni vegetative normali. Urine normali.

Il 13-4-98 si cominciano i lavaggi, adoperando il siero N. 5. In 45 giorni di degenza in clinica riceve 21 iniezioni. portanti gr. 4.200 di liquido ed in un secondo periodo 27 iniezioni di soluzione di Fowler. Si asportano dei tumori prominenti, per l'esame istologico. Si cauterizza col termocauterio la base d'impianto dei medesimi.

Le iniezioni di siero riescono sempre dolentissime e qualche volta l'infermo avverte un intorpidimento dell'arto corrispondente al lato del dorso scelto per la iniezione. La temperatura non subì elevamenti massimi. Le urine furono sempre normali.

Notevole il sudore profuso notturno. Qualche volta cefalea. Il volume del braccio sinistro diminuì essendo diminuito l' edema. I tumoretti asportati si riproducono. Nuovi tumori sorgono al palmo della mano sinistra, accompagnati da vivi dolori. Cresce il numero dei tumori intradermici.

Il 25-5-98 si asporta il tumore del pilastro destro.

L' infermo, peggiorato abbandona volontariamente la clinica il 25-7-98.

Oss. I. — T..... Ada di anni 31 da Ancona. Uno zio, fratello della madre morì per carcinoma dello stomaco, due anni fa. Il padre, morì per idrope due anni addietro. Ha due sorelle di buona salute. La madre sta anche essa in buona salute.

Carcinoma ulcerato della mammella sinistra. Data da 3 anni circa. S' iniziò sotto la forma di nodo duro che suscitava vivi dolori, verso l'interno della mammella.

L'inferma dice che il nodo insorse dopo un trauma. Fu allora operata di amputazione della mammella all' ospedale di S. Saverio. Pochi mesi dopo l'operazione nuovi noduli duri sorsero all' ascella sinistra ed ora si notano parecchie ulcerazioni a margini frastagliati con alone infiammatorio e fondo lardaceo impiantate sulle cicatrici rimaste per l' operazione. L'inferma è eccitatissima.

Il suo viso impallidisce, gli occhi si sbarrano, trema, si contorce alla vista dell'apparecchio per le iniezioni.

Previa anestesia locale con etere, il 19-12-98 si cominciano i lavaggi, adoperando il siero N.7. Si fanno solo 5 iniezioni portanti gr. 250 di liquido riescendo impossibile il proseguire a causa del grave eccitamento nervoso della inferma. Si nota rapida cachessia, anoressia pronunciata, insonnia, dolori vivi agli arti inferiori che difficilmente può distendersi ed è costretta a prendere sul letto, che mai lascia, delle attitudini strane. Si ricorre all'applicazione, sulle alterazioni, di acido arsenioso e glicerina.

Nessun metodo di cura giova.

L' inferma (siamo al giugno '99) è tutt' ora in clinica, lontana dalle altre inferme della sala; in una stanza isolata. E' sofferentissima. Visibile eritema da decubito alle natiche. Scadentissima la nutrizione generale, aumentati i dolori agli arti inferiori.

Scottature

Con la memoria pubblicata dal Tommasoli nella *Riforma Medica*, luglio 1897, egli, faceva sapere di avere esteso il metodo dei lavaggi anche alle scottature, opinando, come, come già altri autori quali il Lustgarten, l' Hunter, il Reiss, l'Hock, il Kijanitzin e recentemente i Dr. Ajello e Parascandolo, che la morte nelle scottature avviene per una forta intossicazione causata da una ptomaina speciale che, formatasi dai tessuti distrutti per effetto dell' alta temperatura, si mette in circolo.

Al Tommasoli seguì il D.r Azzarello che nel 1898 pubblicò le sue esperienze fatte in questa clinica per suggerimento del nostro Direttore.

Egli provò come l'inoculazione dei prodotti d'ustione nei cani e nei conigli, produce la morte. Provò come per opera dei lavaggi taluni di quegli animali inoculati furono scampati alla morte e come animali, sperimentalmente bruciati, trattati con i lavaggi, furono salvati. Tutto questo egli provò con la massima accuratezza ed io ebbi l' opportunità di seguire passo a passo tutte le sue esperienze. Egli concluse:

1°. Che in un primo tempo la morte può essere prodotta da shok e ciò nei casi di morte rapidissima:

2°. Che in un secondo tempo una sostanza tossica prodotta per l' azione dell' alta temperatura nei punti scottati, messa in circolo per tutto l'organismo, ne determina una grave intossicazione;

3°. Che nei casi di morte dopo un lungo lasso di tempo dalla scottatura, le piaghe possono produrre l' esaurimento dell' organismo, esponendolo inoltre all'invasione di microrganismi di ogni genere e togliendogli la resistenza agli agenti deleterii esterni;

4°. Che le iniezioni di sieri artificiali usati anche in altri casi d'intossicazione con ottimi risultati, nelle scottature certo hanno un' importanza rilevante e degna della considerazione dei medici.

Le esperienze nostre sugli scottati furono cominciate nell'anno 1896 e in quest'anno specialmente abbiamo applicato in larga scala il metodo, pregando i colleghi degli altri ospedali di inviare a noi quanti bruciati capitassero nelle loro sale.

I risultati ottenuti fin'ora non possono dirsi del tutto soddisfacenti avendo avuto parecchi morti. (7 su 16).

Da ciò si rileva come il metodo va modificato ancora, studiando così, ancor meglio, il perchè dei gravi fenomeni che si svolgono, come ad esempio: l'alta temperatura, la diarrea profusa, i fatti nervosi etc....

Io non farò quindi che descrivere i casi a noi capitati ed i risultati cui siamo pervenuti senza entrare in merito al valore di questi lavaggi per quanto si possa a priori ammettere la loro efficacia di fronte alla grave intossicazione che l'organismo subisce.

È da notare poi che non tutti gli scottati sono a noi pervenuti nello stesso giorno dell'avvenimento e se degl'insuccessi abbiamo avuto è da supporre che il ritardato intervento, il quale secondo noi deve essere pronto ed immediato, abbia potuto riuscire inefficace.

Oss. I. V...... Marianna di anni 60 da Palermo. (4-12-96) *Ustioni di 1° 2° 3° grado da acqua bollente.* Quasi due terzi della superficie anteriore del corpo, dalla faccia agli arti, erano profondamente colpiti. Le ustioni rimontano a 2 giorni. Visto il caso disperato e la morte imminente il prof. Tommasoli ordina i lavaggi. Si adopera il siero n. 1 (così per tutti gli altri scottati). Riceve in tutto 7 iniezioni portanti gr. 3.300 di liquido. L'inferma dopo 10 giorni di degenza muore. Bagno in permanenza.

Oss. II — M...... Antonio di anni 20 da Palermo.

(12-3-96) *Ustioni* di *1° 2° 3° grado per carboni ardenti.*

Comprendono tutta la superficie anteriore destra del torace, la cavità ascellare destra: la regione anteriore, interna e posteriore del braccio destro; dal terzo superiore dell'antibraccio al palmo della mano e a quasi tutta la superficie posteriore del tronco, dalle spalle alle natiche ed a quasi tutta la natica destra. Rimontano a 1 giorno. Medicatura locale con linimento oleo-calcare. Bagni. Riceve 23 iniezioni portanti gr. 10,850 di liquido. La temperatura, alquanto alta nei primi giorni, tornò al normale. Dopo le iniezioni si medica con jodoformio e l'infermo esce guarito il 3-5-96 dopo 52 giorni di degenza in clinica.

Oss. III — A....... Rosalia di anni 13 da Palermo.

(11-10-97). *Scottature di 3° e 2° grado per accensione d'un pagliaio.* Esse comprendono anteriormente, gli arti superiori per tutta la loro estensione, la metà inferiore del torace, l'addome, le coscie, le gambe; posteriormente il lato sinistro del dorso, l'avambraccio dello stesso lato, il braccio e la mano destra, le natiche e le coscie. L'inferma viene in clinica dopo 4 giorni dalle avvenute ustioni. Delirio, incoordinazione di idee, polsi piccolissimi e frequenti, vomiti.

Temperatura sempre altissima. Medicatura locale con jodoformio.

Riceve 3 sole iniezioni portanti gr. 1.700 di liquido in un giorno di degenza. Muore il 12-10 alle ore 23.

Oss. IV — P....... Salvatore di anni 20 da Palermo.

(20-1-98) *Ustioni di 1° 2° 3° grado da polvere pirica,* che comprendono il viso per tutta la sua estensione, il collo, l'arto superiore destro. Prevalgono quelle di 3° grado. Rimontano al giorno innanzi. Medicatura locale con linimento oleo-calcare in un primo tempo, jodoformio e cerotto diachilon e cauterizzazioni con lapis di nitrato d'argento, verso gli ultimi giorni.

Riceve 8 iniezioni portanti gr. 2,400 di siero. Massima temperatura: 39°,1. È operato, dopo guarite le ustioni, di ectropion della palpebra inferiore ad ambo gli occhi dal dott. De Bono gentilmente offertosi. Rimane in clinica 19 giorni.

Oss. V. — A....... Cosma di anni 65 da Vicari. (11-2-98) *Ustioni di 3° 2° e 1° grado per accensione di petrolio.* (Gamba destra, coscia sinistra, torace, collo, faccia, mano destra). Avvenute lo stesso giorno.

Temperatura sempre elevata. Diarrea profusa. Polsi piccolissimi. Dopo 11 giorni di degenza, durante il quale periodo, oltre alla cura locale avea ricevuto 20 iniezioni portanti gr. 2.600 di siero, l'inferma in preda a grave deperimento se ne muore. La coscia sinistra sembra mummificata, un vero modello di cera con reticolo venoso appariscentissimo.

Oss. VI — L...... Domenico di anni 22 da Partinico.

(11-2-98). *Ustioni di 2° e 3° grado per accensione di paglia.* (Collo, faccia, dorso, mano sinistra). Viene a noi dopo 3 giorni. Medicatura locale con jodoformio e resorcina. Dieta corroborante, mistura eccitante.

Riceve in un periodo di 13 giorni, 15 iniezioni, portanti gr. 2.300 di liquido. È dimesso guarito.

Oss. VII — M....... Grazia di anni 11 da Bagheria.

(18-8-98) *Ustioni di 2° e 3° grado per calce viva* che comprendono gli arti inferiori a cominciare dal 3° superiore delle coscie, per tutta la loro estensione. Gravi fenomeni nervosi nei primi giorni.

Temperatura altissima, diarrea profusa; polso e respiro frequenti. Fenomeni di meningismo. Riceve in 65 giorni di degenza e precisamente infra i primi 5 giorni, 8 iniezioni di siero, portanti gr. 4.600 di liquido. Impacchi, polveri, caustici.

Due fatti notevoli si verificarono in questa inferma:

1. La comparsa di un eritema orticato prima delle iniezioni.

2. Una spontanea ed abbondante caduta di capelli.

È dimessa guarita.

Oss. VIII — S......... Concetta di anni 53 da Palermo.

(3-9-98). *Ustioni di 3° e 2° grado per accensione di petrolio.* Rimontano alla sera precedente.

Temperatura altissima. Gravi fenomeni nervosi. Perdita di coscienza, polsi piccolissimi frequenti.

Tipo del respiro: Cheyne-Stokes. Mistura eccitante, iniezioni di etere, di caffeina. Riceve in tutto 2 iniezioni portanti gr. 1000 di siero. Muore dopo un giorno di degenza in clinica.

Oss. IX — G........ Lucrezia di anni 9 da Palermo.

(20-3-99) *Ustioni di 1° 2° 3° grado per carboni ardenti* (torace, collo, mento, dorso, coscia destra) da tre giorni. Temperatura alta, respiro e polso frequenti.

Riceve 6 iniezioni portanti gr. 1.500 di siero. la temperatura torna normale, le condizioni generali migliorano. Semplice medicatura lo-

cale con vasellina. E' dimessa dopo 30 giorni, in via di guarigione.

Oss. X — R....... Salvatore di anni 18 di Palermo.

(6-4-99) *Ustioni di 3° e 2° grado per calce viva* (faccia, torace, addome, avambraccia, coscie, gambe). Da 5 giorni. Febbre alta, diarrea profusa.

Riceve 6 iniezioni portando in tutto gr. 2,800 di siero.

Muore dopo 11 giorni durante il qual periodo l'infermo ebbe vaniloqui, sete ardente, anoressia.

Notevoli i seguenti fatti:

Attorno a tutte le parti scottate si formò un alone rosso che andava man mano estendendosi. In tal modo si riuniscono molte lesioni che prima si presentavano isolate e perciò tratti di pelle prima sani, si trovano poi arrossati e privi di epidermide. Temperatura sempre altissima fino agli ultimi momenti di vita e tale si mantenne anche dopo la morte per una mezz'ora quasi.

Negli ultimi istanti, irrequetezza, delirio, sussulti nervosi.

Oss. XI. XII. XIII. XIV — Riunisco qui queste quattro osservazioni essendo tutti membri d'una stessa famiglia. Nella loro casa si fabbricava clandestinamente della polvere pirica pei fuochi artificiali. Sono tutti di Lercara Friddi. Lo scoppio d' un petardo durante la preparazione di esso, produsse l'accensione di un mucchio di polvere cui erano vicini parecchi altri petardi già preparati. Morirono sul posto per gravi ferite un uomo ed una bambina, gli altri quattro bruciati furono subito condotti a Palermo, all'Ospedale di S. Saverio ove furono medicati, ed il giorno dopo furono passati, dietro il nostro solito invito, in questa clinica.

1. D....... Giuseppe di anni 52 da Lercara. *Ustioni di 3° e 2° grado.* (faccia e mani). (22-4-99). Medicatura locale con semplice vasellina.

Riceve in tutto 8 iniezioni, portanti gr. 2,450 di siero. Nei primi giorni la temperatura si mantenne alta; poi tornò al normale. Mai diarrea. Dieta corroborante. L' inferma non presenta alcun che di grave.

E' in via di completa guarigione.

2. R......... Carmela di anni 43 da Lercara, moglie del precedente infermo.

Ustioni di 3° grado (volto e mani).

Medicatura locale con vasellina.

Riceve 9 iniezioni, portanti gr. 2.950 di siero. Poca diarrea, anoressia. Temperatura elevata (40°). A cominciare della 5ª iniezione, migliorano le condizioni generali, la temperatura si abbassa per ridursi al normale. Torna l'appetito. Dieta corroborante.

E' in via di guarigione.

3. M....... Giuseppa di anni 21, da Lercara, figlia dei coniugi D...... ed R......

Ustioni di 2° e 3° grado (volto, dorso, mani, gambe). Laringite, bronchite e congiuntivite dell'occhio destro probabilmente per azione diretta del fumo della polvere accesasi. Temperatura 39°.5. Polso e respiro frequenti. Diarrea profusa. Coscienza integra. Riceve solo 5 iniezioni portanti gr. 1.700 di siero, poichè al 5° giorno fra vaniloqui, diarrea fetida abbondante, incoscienza, muore.

In questa inferma come nell'osserv. IX notammo durante la sua degenza, la comparsa di larghe zone eritematiche posteriormente alle coscie come in vicinanza delle parti bruciate.

4. C......... Tommaso di mesi 7 figlio della M....... cui morì anche bruciato il marito.

Ustioni di 3° grado (volto, cuoio capelluto avambraccia, mani, gambe). Febbre alta, dispnea.

Riceve solo 9 iniezioni, portanti gr. 1.450 di liquido.

Alla 3ª giornata gravi fenomeni di meningismo; (nistagmo, dondolamento della testa). si mette ghiaccio al capo. Alla 5ª giornata si aggravano le condizioni generali, la dispnea aumenta, interviene tosse, diarrea abbondante. Alla 9ª giornata: temp. 40°.6. Polso 136. Respiro 94. Movimenti incoscienti degli arti superiori ed inferiori. Muore il 1-5-99 alle ore 17.

Oss. XV — D'A....... Anna di anni 16 da Palermo. (22-5-99) *Ustioni di 2° e 3° grado da polvere pirica* (volto, mani, emorragia della camera anteriore dell'occhio destro). Riceve due sole iniezioni, non richiedendolo le ottime condizioni generali, portando gr. 1000 di siero. Venne a noi il giorno stesso. Vasellina localmente. Il 1° Giugno le ustioni sono guarite. Si manda l'inferma a S. Saverio (Sezione oftalmica) per le alterazioni dell'occhio destro.

Oss. XVI — Di M........ Francesco di anni 13 da Lercara. (24-5-99), *Ustioni di 3° e 2° grado per polvere pirica* (lato destro dell'addome, lato anteriore della coscia destra, dorso della verga, lato interno della coscia sinistra, posteriore della coscia destra ed anteriormente alla gamba destra. Ustioni avvenute lo stesso giorno di mattina. Condizioni generali discrete.

Riceve 2 iniezioni, portanti gr. 1000 di siero.

Medicatura locale con vasellina. E' in via di guarigione, malgrado il piccolo infermo sia abbastanza deperito. *(continua)*

NEURO-FISIOPATOLOGIA

LE EMIANESTESIE CAPSULARI SPERIMENTALI

I clinici oggi considerano come rarissima l' emianestesia sensitivo-sensoriale completa del tipo Türk-Charcot. I disturbi sensitivi che autori recenti (Abba, Baudicault-Dumay, H. Verger) hanno riscontrato negli emiplegici per lesione centrale del cervello, affettano nell'immensa maggioranza dei casi, un'andatura differente da quella del tipo classico. Recentemente Déjerine e Long mettevano in dubbio l'esistenza del tipo

dell'emianestesia sensitivo-sensoriale all'infuori dell'isterismo. Secondo questi autori l'emianestesia non potrebbe essere realizzata se non da due tipi di lesioni: 1° una lesione talamica importante, distruggente le fibre terminali del nastro di Reil e le fibre d'origine del neurone talamo-corticale; 2° il talamo essendo integro, una lesione capsulare considerevole distruggente completamente le sue relazioni con la corteccia. Queste deduzioni sono del resto la conseguenza logica delle nozioni anatomiche ammesse sul tragitto delle fibre sensitive. Attualmente non si ammette più l'esistenza del fascio sensitivo distinto che si descriveva una volta nell'ultima metà del braccio posteriore della capsula interna, sotto il nome di fascio di Türk. La maggior parte degli autori oggi ammette, con Monakow, Manhaim, Dèjerine, che le fibre ascendenti sensitive sono interrotte a livello del talamo ottico nel loro tragitto bulbo-corticale. Di modo che oggi si deve comprendere la via sensitiva cerebrale come formata da due neuroni sovrapposti, l'uno bulbo-talamico, l'altro talamo corticale. Dèjerine e Long ammettono ancora che le fibre ascendenti talamo-corticali non formino un fascio distinto nella capsula interna, ma che sono mescolate alle fibre discendenti. La divisione del braccio posteriore in fascio motore anteriore e fascio posteriore sensitivo non avrebbe più alcuna ragion d'essere, poichè tutto il braccio posteriore dal ginocchio fino al segmento retro-lenticolare è occupato da fibre ascendenti e a fibre discendenti mescolate. La porzione retro-lenticolare è occupata dal fascio sensitivo visuale.

Il Veyssière, sezionando la capsula interna nei cani, ottenne la stessa emianestesia riscontrata nell'uomo, allorquando la lesione interessava la parte posteriore. Laborde e Lemoine ripeterono le esperienze con altro processo ed ottennero gli stessi risultati. Ma tutte queste esperienze sono passibili di critica. Le memorie di Beevor e Horsley riferiscono delle esperienze di eccitazione elettrica. Vi si vede però che almeno nelle sezioni orizzontali corrispondenti al taglio di Brissaud, se secondo il metodo di questi autori si rappresenta con 100 la lunghezza della capsula interna, non vi sono più fibre eccitabili, partendo dalle fibre motrici dopo la divisione 90. Questa zona ineccitabile, supposta sensitiva per esclusione, aumenta d'estensione a misura che le sezioni capitano su piani sempre più bassi, ed arriva ad occupare la metà del braccio posteriore. La memoria di Vetter non porta alcun elemento nuovo.

In queste condizioni è da domandarsi se le esperienze del Veyssière non fossero in certo modo inesatte; in maniera indiretta, i risultati delle ablazioni sperimentali della corteccia del giro sigmoide del cane sembravano contraddirle, almeno in parte. Il Munk vide che, ponendo una pinza a pressione sugli arti del lato opposto alla lesione, si hanno dei segni di dolore, che non vien localizzato, nè l'animale fa alcuno sforzo per togliere la pinza se gli si bendano gli occhi. Il Verger ha insistito sull'integrità delle sensazioni dolorose brute in tali condizioni. Se si ammettesse che le esperienze del Veyssière agissero distruggendo un fascio sensitivo che va alla corteccia, e bisogna ammettere che il *gyrus sigmoide* rappresenti la fine di questo fascio, si concepisce difficilmente come l'interruzione di questo fascio potesse produrre l'anestesia e l'analgesia completo che la lesione della zona corticale è impotente a riprodurre. Poi la tecnica del Veyssière è difettosa e produce delle lesioni brutali che si estendono al di là della zona considerata. L'istessa critica può essere indirizzata alle esperienze di Laborde e Lemoine.

Sellier e Verger hanno ripreso recentemente le esperienze, sforzandosi di produrre delle lesioni più limitate possibili, distinguendo con cura i fenomeni di *deficit* e quelli d'inibizione. Essi hanno usato l'elettrolisi bipolare. I loro risultati ultimi confermano la loro prima opinione. Essi sono assai concordanti per permettere una descrizione sintetica del segmento posteriore della capsula interna. Questo segmento è solo in causa nello studio delle anestesie capsulari, poichè dai documenti anteriori risulta all'evidenza che le lesioni del segmento anteriore non sono mai seguite da disturbi della sensibilità generale. Questa costatazione negativa è del resto convalidata dalle opinioni degli anatomisti che ne fanno il luogo di passaggio delle fibre corte cortico-talamiche (Dèjerine).

Dal punto di vista dell'interpretazione anatomo-fisiologica, bisogna dividere le esperienze di Sellier e Verger in due serie: da una parte, quelle in cui le lesioni hanno solo interessato il segmento retro-lenticolare; dall'altra parte, quelle in cui è stato leso il segmento interlenticolo-ottico in maggiore o minore estensione.

In due esperienze i cani non vedevano gli oggetti situati dal lato del corpo opposto alla loro lesione cerebrale; la topografia di quella lesione mostrava che nei due casi era piccola ed occupava unicamente il fascio retro-lenticolare, cioè quella parte che gli anatomici considerano come esclusivamente composta di fibre visive. Bisogna vedere in ciò un'ambliopia unilaterale, come quella che si descrive nella emianestesia sensitivo-sensoriale del tipo Türk-Charcot, o un'emianopsia laterale analoga a quella che producono nell'uomo le lesioni dei lobi occipitali e delle radiazioni ottiche? Oggi si tende ad ammettere che la decussazione incompleta del chiasma, essendo un fatto anatomico d'ordine generale, l'emianopsia omonima laterale è il solo sintoma che possa risultare da una lesione cerebrale unilaterale avente sede in un punto qualunque del fascio ottico, dietro le bandellette. Nel cane la difficoltà che si ha nell'esplorare separatamente il campo visivo per ogni occhio con-

giunta al fatto che in esso la proporzione delle fibre incrociate oltrepassa quelle delle fibre dirette, spiega perchè si possa difficilmente far la distinzione dell'emianopsia e dell'ambliopia crociata. Ma se si considera da una parte che la teoria di Lannegrace e Bechterew, che fa dell'ambliopia crociata per lesioni cerebrali una conseguenza dei disturbi periferici vaso-motori e sensitivi, è insomma mal dimostrata, e che d'altra parte Luciani e Tamburini fin dal 1879 hanno dimostrato che le lesioni corticali unilaterali del centro della visione determinano una amaurosi quasi completa dell'occhio opposto alla lesione ed una leggera ambliopia dell'occhio omonimo, si comprenderà come la stessa interpretazione possa applicarsi alle recenti esperienze di Sellier e Verger.

I disturbi della sensibilità generale, che paiono esser dovuti alla lesione della parte inter-lenticolo-ottica, meritano essere studiati più attentamente. Colla prova dell'immersione delle zampe nell'acqua e con la prova di Hitzig hanno visto che il difetto della sensibilità tattile non poteva esser messo in dubbio negli arti del lato opposto alla lesione capsulare. Questo sintoma, in vero, è molto facilmente provocato quando la lesione cerebrale è di un certo volume; poichè Sellier e Verger in due casi lo riscontrano quando la lesione si trovava al di fuori della capsula interna. I sintomi di *deficit* della sensibilità algesica esistevano quando le lesioni erano unicamente capsulari. Veyssière e Laborde hanno visto la sensibilità algesica molto diminuita, od anco abolita nel lato del corpo opposte alla lesione, allorquando la lesione interessava l'ultimo terzo del braccio posteriore della capsula.

Ma se è vero che nei primi giorni che seguono l'operazione si ha una diminuzione notevole delle sensazioni dolorose dal lato opposto, questa proposizione non è più esatta se si considera l'animale in una data più remota (dopo 8 giorni in media) in questo momento il dolore è percepito integralmente, ma non è localizzato. Se si ricorda che Veyssière e Laborde non hanno conservato se non per poco tempo i loro animali in esperienza, si comprenderà facilmente come essi abbiano potuto descrivere nei casi di lesione capsulare un'emianestesia ed emianelgesia completa e persistente dal lato opposto. In realtà questa diminuzione quantitativa delle sensazioni dolorose è troppo passeggera per potere essere considerata altrimenti che come un fenomeno d'inibizione.

Le paralisi motrici degli arti del lato opposto alla lesione non si mostrano, se non quando questa lesione oltrepassa in avanti il segmento retro-lenticolare. Come le paralisi consecutive alle ablazioni del *gyrus sigmoide*, queste paralisi capsulari sono incomplete e transitorie. Come per le paralisi corticali, si può farle riapparire mediante certi artifizii, allorquando esse sembrano completamente scomparse.

In conclusione le lesioni interessanti il braccio posteriore del cane provocano negli arti del lato opposto una sindrome sensitivo-motrice di cui i principali termini sono i seguenti: paralisi motrice incompleta con perdita della nozione della posizione degli arti, emianestesia tattile, difetto delle localizzazioni delle sensazioni algesiche che sono però integralmente percepite.

Questa sindrome presenta una grande analogia, una somiglianza completa anco con quella che provocano le lesioni corticali del *gyrus sigmoide*. Anco il difetto di localizzazione delle sensazioni dolorose era stato notato dal Munk nelle anestesie corticali. Per completare la simiglianza, queste anestesie capsulari sono transitorie allo stesso titolo delle anestesie corticali; durano, infatti, un tempo che varia da 3-6 settimane se la lesione è sufficientemente grave, e scompaiono senza lasciar traccia. Avviene lo stesso per i sintomi motori, così che l'animale dopo un certo tempo non si distingue per nulla dal normale.

Questo fatto importante, dovuto verisimilmente alla supplenza con altre parti dei centri, non ha ancor trovato una spiegazione sufficiente.

Infine, non pare che occorra limitare all'ultimo terzo del braccio posteriore le fibre sensitive, o almeno esse non vi formano un fascio compatto, poichè le lesioni di questa regione producono delle paralisi come quelle situate all'innanzi.

BIBLIOGRAFIA

Abba. *Thèse de Paris*, 1896, — Bauduault-Dumay, *Thèse de Paris*, 1897. — Verger. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1897; *Th. de Bordeaux*, 1897. — Dèjerine e Long. Soc. de biol. 1898. — Veyssière. *Th. de Paris*; 1874. — Laborde et Lemoine. Travaux de laboratoire, 1885. — Lemoine. *Thèse de Paris*, 1880. — Beevor e Horsley. Philosoph. transact. of the Royal Society of London-1890. — Vetter, *Sammlung klinischer Vorträge*, Leipzig, 1896. — H. Munk, Ueber die Fuhlsphoeren der Grosshirnrinde, 1892. — Luciani e Tamburini. Sui centri psico-sensorii corticali, Reggio-Emilia 1879.—Sellier et Verger, *Arch. de physiol.* oct. 1898; *Archiv. d'electric-médicale*, août 1898; Soc. de biologie, oct. 1898; *Journal de physiologie et de pathologie générale*, n. 4, 15 luglio 1899.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nel *Journal de physiologie et de pathologie générale* diretto da Bouchard e Chauveau, n. 4, 15 luglio 1899.

1. Richet. **La resistenza delle oche all'asfissia.**—Ha potuto vedere sperimentalmente che le oche resistono 8-10 minuti all'asfissia. Ma questa resistenza non è dovuta alla maggior quantità di sangue. L'elemento essenziale al prolungamento della vita è la conservazione dell'aria intra-pulmonare. La morte non capita che 20-25 minuti dopo la sommersione, se per l'educazione dell'animale o più sicuramente per la legatura della trachea, non c'è espulsione dell'aria contenuta nei polmoni. Ciò concorda con quello che si sa delle condizioni dell'asfissia nei mammiferi. Bisogna ammettere che la grande resistenza delle oche alla asfissia dipende,

oltre che dalla ritenzione dell'aria nel polmone, all'arresto del cuore per il contatto con l'acqua, e forse ancora in parte per l'eccitamento bulbare diretto, all'arresto degli scambi per il contatto con l'acqua. Le oche possono vivere più di cinque minuti in ambienti in cui la pressione non è che di mm. 0,120 di mercurio; ma il sopravvivere non è possibile se le oche sono atropinizzate. Così nelle pressioni barometriche diminuite, il rallentamento del cuore per i nervi vaghi gode un ufficio protettore, come nella morte per asfissia semplice. Negli individui giovani la durata della asfissia è cortissima. La resistenza era maggiore a 20°-24°; in un acqua più calda 30°-35° esse si agitavano enormemente ed allora l'asfissia era più rapida. L'asfissia nelle oche produce un'enorme diminuzione nella combustione dei tessuti, e questa diminuzione gode probabilmente l'ufficio principale nella resistenza di questi animali alla morte per sommersione. Qualunque sia la durata dell'asfissia, quando l'animale muore, o quando è sul punto di morire, la composizione dei gas pulmonari è presso a poco la stessa, ciò che conferma la proposizione che il consumo più o meno rapido dell'aria intrapulmonare (e per conseguenza ancora la quantità di quest'aria) regola la durata della vita.

2. Maillard. **Ricerche sulla tossicità del solfato di rame per il penicillum glaucum. Intervento degli ioni nei fenomeni biologici.**—Egli ha potuto vedere sperimentalmente che nei casi in cui il rapporto dell'aumento relativo del rame a quello dell'ammonio è inferiore ad 1[2, la cultura più ricca d'ammonio prospera meglio; nei casi, in cui il rame aumenta più presto dell'ammonio, l'azione di $(NH_4)^2SO_4$ è impotente a controbilanciare un grandissimo aumento del tossico. In una seconda serie di esperienze potè vedere che i solfati alcalini diminuiscono la tossicità del solfato di rame.

3. Weiss. **Ricerche sui muscoli dell'embrione.** — All'inizio, quando non esistono ancora fibrille, è al protoplasma solo che bisogna attribuire tutti i movimenti; questi movimenti sono lenti, automatici. Ogni volta che si produce uno stimolo qualsiasi, si produce lo stesso movimento che non ha alcuna relazione con la grandezza dell'eccitamento nè con la parte in cui è stato prodotto. Allorquando il muscolo è quasi unicamente composto di fibrille o piuttosto quando queste fibrille hanno preso una parte preponderante, il muscolo è eccitabile localmente e risponde con una piccola scossa breve ad ogni eccitamento; l'ampiezza di questa scossa cresce allora con la grandezza dell'eccitazione. Allorquando si prende uno stato intermediario, si vede produrre una superposizione di due effetti, la fibrilla dando una serie di piccole scosse a scale se si prende una corrente periodica, il protoplasma cambiando di forma più lentamente della fibrilla e godendo nel muscolo un ufficio di sostegno interno, per permettere alle scosse successive di produrre un accorciamento sempre più grande.

4. Maillard. **L'intervento degli ioni nei fenomeni biologici. Nuove ricerche sulla tossicità del solfato di rame per il penicillum glaucum.** — Tra i fattori della tossicità figura in prima linea il grado di ionizzazione del sale in esperienza. Un altro fattore, differente dal primo, risiede nella differenza osmotica tra l'organismo e l'ambiente tossico. Queste conclusioni sono applicabili a tutti i fenomeni della chimica fisiologica, siano o non tossicologici. Queste influenze sono sovratutto facili a dimostrare nel caso di organismi fisiologicamente omogenei, come un tessuto ben definito anatomicamente.

5. Garnier. **Trasformazione del glicogene epatico in glucosio dopo la morte, con glicolisi parziale nel tessuto epatico.**—I dosaggi del glicogene e del glucosio effettuati nel fegato immediatamente o poco tempo dopo la morte, poi ad intervalli di tempo diversi, stabiliscono nettamente una scomparsa del glicogene correlativa ad un aumento inverso del glucosio che dimostra l'esistenza, tra due corpi, del rapporto immediato di causa ad effetto enunciato da Cl. Bernard; una diminuzione sensibile, quantunque debole, della somma di due idro-carbonati contenuti nella ghiandola epatica, la quale si spiega naturalmente con l'azione glicolitica del sangue d'impregnazione restato al contatto degli elementi cellulari della polpa del fegato su di una piccola quantità di glucosio che proviene dall'idratazione del glicogene; una differenza grandissima con la quale si effettua l'idratazione del glicogene secondo la specie animale.

6. Prévost e Battelli. **La morte con le correnti elettriche (correnti continue).**—Il meccanismo della morte con le correnti continue, è simile nelle sue grandi linee a quello che si costata con le correnti alternative. Le correnti con le quali Prevost e Battelli hanno sperimentato, sono state fornite dalle dinamo o dalle pile. In tutte le esperienze gli elettrodi erano collocati nella bocca, nel retto e sulle cosce: il più spesso l'elettrode positivo era applicato nella bocca. Con le correnti continue prodotte dalle dinamo il cane muore per paralisi cardiaca con tensioni relativamente basse (50-70 volt al minimo), mentre la respirazione continua ancora per qualche minuto. Con un voltaggio più elevato (550 volt) il cuore è arrestato con una sola scossa, la respirazione è sospesa per molti secondi, poi diviene debole, superficiale e si arresta. Per produrre delle tremulazioni fibrillari nel cuore della cavia occorrono 100 volt; con una tensione di 200-300 volt si arresta; è raro invece che il cuore sia paralizzato con un voltaggio di 550 volt. In tutti gli animali una tensione di 550 volt produce l'arresto delle orecchiette in diastole, arresto che si prolunga per 1-2 minuti. I disturbi del sistema nervoso centrale sono, come per le

correnti alternative, tanto più gravi quanto più la tensione é elevata ed il contatto prolungato. La sensibilità ed il respiro paiono più colpiti con la corrente continua che con l' alternante. Le scosse di chiusura o di apertura non sono necessarie per provocare le tremolazioni ventricolari del cuore, se la tensione é sufficientemente elevata. Le scosse di chiusura e d'apertura non paiono avere un'influenza apprezzabile sulla produzione dei disturbi dei centri nervosi. I sintomi prodotti dalle correnti continue dalle pile, sono perfettamente analoghi a quelli prodotti dalle dinamo.

7. HUGOUNENQ. **Ricerche sulla composizione minerale dell' organismo nel feto umano e nel neonato (l'insieme dello scheletro minerale, il ferro ed il dosaggio del ferro).** — La fissazione del ferro per parte dell' organismo fetale si effettua sovratutto durante i tre ultimi mesi della gravidanza; durante questo periodo, il feto fissa due volte più di ferro che non ne avea fissato precedentemente; ma il rapporto del ferro all'insieme delle ceneri resta presso a poco costante durante la gestazione. In un neonato di peso normale, la quantità totale di ferro contenuta nell'organismo é circa gr. 0.383-0,421 di perossido Fe_2O_3, cioè gr. 0,268-0,294 di ferro metallico. Tutto fa supporre che il 50-60 0[0 di ferro totale alla nascita è allo stato di emoglobina; il resto entra nella composizione dei tessuti (muscoli, ossa, ecc.). Il ferro non ematico, non sarebbe allo stato di elemento costitutivo dei tessuti, ma sotto forma di riserva, deposta in questo o quell'organo (fegato, milza) o destinata a sopperire nei poppanti all' insufficienza del ferro alimentare.

8. CHAUVEAU. **L'occlusione degli orifizi cardiaci, in particolare quella degli orifizi auricolo-ventricolari inscritta con l'aiuto d'apparecchi trasmettitori e ricettori ad aria.** — L'uso delle ampolle esploratrici per lo studio del giuoco delle valvolo-ventricolari conferma e completa le determinazioni fornite dal metodo dell'inscrizione elettro-magnetica. La chiusura delle valvole auricolo-ventricolari ed il primo tono del cuore, l'inizio della sistole dei ventricoli e dell'accrescimento della pressione intra-ventricolare, l'inizio della grande pulsazione cardiaca esteriore sono dei fenomeni sincroni, che si manifestano simultaneamente dopo l'estinzione completa del battito auricolare.

9. FRANÇOIS-FRANCK. **Ricerche sulla sensibilità diretta dell'apparecchio simpatico cervico-toracico.** — Per la sensibilità del simpatico cervicale l' esperienze recenti del François-Franck confermano quelle di Claudio Bernard, mostrando di più la moltiplicità e la natura degli effetti risultanti dalla messa in gioco di questa sensibilità diretta. Questo studio dimostra che, se bisogna ammettere con l'Hürthle l' intervento dell' anemia acuta del cervello nella produzione degli effetti vaso-motori generali che seguono l'eccitamento del simpatico cervicale, questa parte è assai ridotta in rapporto a quella che spetta alla sensibilità del nervo; il simpatico cervicale può comportarsi, secondo i soggetti, come nervo depressore e come nervo pressore, mentre che gli effetti dell'anemia acuta del cervello sono sempre degli effetti pressori.

10. SABRAZÈS e ULRY. **Sull'anencefalia.** — A proposito di un caso di tumore angiomatoso endo-ed epicranico con malformazioni multiple del cranio, dell'encefalo, del midollo cervicale e degli occhi in un cane neonato che visse trenta ore, egli conclude che nel cane, così come si è fatto sistematicamente nell'uomo (Solortzoff), l'anencefalia non si può attribuire alle lesioni di endoarterite sifilitica. Era da pensare, invece, che si trattasse di un arresto di sviluppo embrionario nelle regioni malformate.

11. FRANÇOIS-FRANCK. **Tragitto cervicale e cranico dei filetti sensitivi del cordone cervicale del simpatico.**—La dissociazione dei nervi vasomotori, oculari e sensitivi che sono aggruppati nel cordone cervicale, si opera talvolta al disotto del ganglio cervicale superiore; essa è costante al disopra di questo ganglio. Il cordone cervicale si divide in due, talvolta in tre branche, che vanno dal vago all'angolo inferiore del ganglio. L'eccitamento del segmento superiore della branca di biforcazione esterna produce tutti gli effetti vasomotorii diretti del simpatico cervicale per i nervi carotidei esterni ed interni; non si osserva alcun effetto crociato o lontano che traduca la sensibilità del simpatico. L'eccitazione dei filetti interni, invece, produce le reazioni crociate e lontane senza alcun effetto vaso-motore diretto. Di conseguenza i filetti sensitivi del cordone si separano dai vasomotori per raggiungere il ganglio per la branca interna, ed i vaso-motori seguono la branca esterna. La seconda tappa dei nervi sensitivi del simpatico cervicale non fa mai difetto; essa si opera al disopra del ganglio cervicale superiore. Tutte le anastomosi di questo ganglio sia con i primi nervi cervicali, sia con i nervi cranici, trasportano per vie multiple, verso i centri midollo-bulbari, i filetti ascendenti che l'esperienza ha dimostrato nel cordone cervicale.

12. SELLIER e VERGER. **Le emianestesie capsulari sperimentali.** Ved. pag. 510.

13. CHARRIN e LEVADITI. **Dimostrazione delle variazioni del ferro nella gravidanza.**—Si sa che il feto, particolarmente verso la fine della gravidanza (Bungee, Lapicque, ecc.) si arricchisce di ferro. Questo ferro proviene naturalmente dall'organismo materno. Nel parenchima epatico e particolarmente in quello splenico l'analisi istochimica mette in evidenza delle sensibili diminuzioni del ferro. Si costatano frattanto delle iperplasie più o meno considerevoli dei follicoli del Malpighi, della polpa splenica, dilatazione fre_

quente dei laghi venosi; l'emosiderina è molto meno abbondante, ed è ridotta a pochi granuli posti in genere attorno ai vasi.

14. GUINARD E MARTIN. **Contributo allo studio degli effetti del succo surrenale. Azione dell'estratto di capsule d'un uomo sano.**— V. pag. 505.

15. CHAUVEAU. **La pulsazione cardiaca esteriore ed i suoi rapporti con gli altri fenomeni del meccanismo del cuore.** — Il punto che importa di più nello studio del meccanismo della pulsazione cardiaca, è la determinazione dell'organo che la produce e dell'atto interiore donde dipende. Secondo i fisiologi questo meccanismo si collega intieramente alla sistole delle cavità ventricolari. La pulsazione cardiaca traduce esteriormente, sia positivamente che negativamente, i caratteri dei diversi fenomeni interiori della sistole dei ventricoli, cioè del loro periodo di attività estendentesi dal fenomeno iniziale dell'occlusione degli orifizii auricolo-ventricolari al fenomeno terminale dell'occlusione degli orifizii pulmonare ed aortico. In questo periodo di attività della massa ventricolare, i fenomeni fisiologici da distinguere sono: 1. La rapidità del passaggio dallo stato di rilasciamento allo stato di contrazione cioè all'entrare in sistole, e dal sollevamento della mitrale e tricuspide per la chiusura degli orifizi auricolo-ventricolari; 2. la tendenza della massa ventricolare a prendere immediatamente la forma globulosa, con aumento del suo piccolo diametro; 3. la diminuzione di volume della massa ventricolare, in rapporto con l'evacuazione sanguigna, a partire dal momento in cui la pressione sistolica intra-ventricolare è molto forte per sollevare le sigmoidi e far penetrare il sangue nei due sistemi arteriosi; 4. la pluralità degli sforzi del cuore per sviluppare e mantenere questa pressione nella cavità dei ventricoli; 5. la rapidità del passaggio dallo stato di contrazione allo stato di rilasciamento, cioè alla cessazione della sistole, e dell'occlusione degli orifizii arteriosi per le valvole sigmoidi. In correlazione con queste influenze causali, si producono nella regione del petto, che corrisponde direttamente alla massa ventricolare, i seguenti fenomeni esteriori: 1. all'inizio della sistole ventricolare, sollevamento brusco, cioè pulsazione positiva, coincidente con il 1° tono cardiaco; 2. durante il periodo d'evacuazione ventricolare, scomparsa di questo sollevamento. Questa scomparsa talvolta s'inizia bruscamente e si trasforma così in polso negativo. Eccezionalmente questa pulsazione negativa può non esser preceduta dalla pulsazione positiva iniziale: allora i mutamenti di forma del cuore non sono sensibili; non ci sono che i cambiamenti di volume che intervengono; 3. all'inizio della diastole, si ristabilisce la parete toracica nella sua posizione d'equilibrio, talvolta con produzione di una specie di urto diastolico e trasmissione della scossa cagionata dalla tensione brusca delle sigmoidi; 4. le principali oscillazioni che prova la pressione intra-ventricolare durante il periodo sistolico possono tradursi nella pulsazione cardiaca. La pulsazione cardiaca è talvolta preceduta da una debole e corta pulsazione dovuta alla sistole dell'orecchietta ed all'accrescimento della pressione che questa sistole imprime al sangue ventricolare. Ma mai questa pulsazione auricolare si confonde con la pulsazione cardiaca vera. Il battito auricolare (contrazione e rilasciamento) è un fenomeno indipendente, completamente terminato, quando si inizia il battito ventricolare. Del resto tra questi due battiti s'interpone costantemente un periodo intersistolico più o meno lungo, durante il quale avvengono dei fenomeni speciali, che stabiliscono una barriera insormontabile tra la pulsazione essenziale e l'avventizia (auricolare) che la precede.

16. RODET. **Sull'agglutinazione del bacillus coli e del bacillo di Eberth mediante il siero di animali immunizzati. Sulle razze del bacillus coli dal punto di vista dell'attitudine agglutinativa: variabilità di questa proprietà.** — Stabiliti la variabilità della facoltà di agglutinazione di una medesima razza di *bacillus coli*; l'assenza frequente, il grado generalmente debole di questa facoltà nei bacilli recentemente isolati e che non sono invecchiati nel laboratorio, particolarmente per i bacilli d'origine intestinale tifica; i termini di transizione, costituiti sia dall'insieme delle razze, sia dalle variazioni di una stessa razza, tra i tipi non agglutinabili ed i meglio agglutinati; la non reciprocità delle proprietà dei sieri preparati con razze diverse, e l'identità delle proprietà dei sieri provenienti da razze di attitudine agglutinativa molto dissimile, il Rodet pensa di essere autorizzato a concludere che la facoltà di agglutinazione non é una proprietà specifica sulla quale si possa contare per riconoscere a colpo sicuro le specie, e specialmente per definire e distinguere il *bacillus coli*; essa è una proprietà contingente. La reazione agglutinativa esige due condizioni: la proprietà specifica del siero acquisita con l'agglutinazione; l'attitudine del microbo provato ad essere agglutinato, o, se si potesse dire, l'agglutinabilità assolute. Molto probante quando è positiva, la reazione indica solo una riserva quando il risultato è negativo o debole. Se la presenza dell'agglutinazione con il siero specifico autorizza l'identificazione, la sua assenza non la contraddice.

17. ÉTIENNE E JROV. **Due casi di pleurite purulenta a microbi fluorescenti.**— Vedi numero di domani.

18. COURMONT, TIXIER, BONNET. **Sulla linfademia tubercolare, ganglionare e viscerale.** —Hanno avuto occasione di studiare recentemente un caso caratterizzato clinicamente da una linfademia ganglionare generalizzata, ad inizio cervi-

cale, e considerata nei primi tempi come un' adenite cervicale tubercolare curata con l' ablazione chirurgica; l'evoluzione fu rapida in 3 anni; invasione successiva di tutti i gangli dell'economia, terminazione con una meningite tubercolare; esame del sangue: leucocitosi notevole (36000 glob. bianchi), ma non leucemia. Dal punto di vista anatomico esisteva una linfadenia ganglionare generalizzata, linfadenia splenica (grossa milza seminata di masse biancastre di aspetto sarcomatoso, con qualche punto giallo-caseoso), cirrosi del fegato, meningite, niente al polmone ed agli altri organi. V'era iperplasia e sclerosi del tessuto reticolato degli organi linfoidi; follicoli tubercolari nei gangli, milza, fegato, meningi. Dal punto di vista batteriologico: bacilli di Koch, nella milza e nelle meningi; inoculazione positiva nelle cavie. Sono stati quindi condotti ad ammettere una forma speciale d'adenia infettiva aleucemica, cioè *l'adenia tubercolare*, cagionata dall' invasione progressiva del tessuto linfoide dell' economia per il bacillo di Koch. Non si può spesso differenziarla dall'adenia ordinaria, di cui presenta il decorso clinico, se non mediante i risultati dell'inoculazione combinata alle ricerche istologiche e batteriologiche. A parte la presenza del bacillo di Koch e dei tubercoli, in seno ai tessuti morbosi, non esiste attualmente caratteristica istologica permettente di distinguere l'adenia tubercolare dagli altri casi d'adenia, come vorrebbe lo Sternberg. Così la natura di questa affezione passa molto spesso inosservata, e la sua frequenza è certamente molto più grande di quel che lasciano supporre i rari casi pubblicati fin qui. Bisogna distinguere frattanto molte forme corrispondenti alle forme cliniche descritte nei classici sotto il nome di linfadenia aleucemica: 1. *adenia ganglionare tubercolare* (parziale o generalizzata); 2. *splenomegalia tubercolare*; 3. *adenia generalizzata tubercolare* (ora ganglionare, ora viscerale). Quest'ultima forma è quella che rappresenta meglio il tipo clinico della linfadenia aleucemica, e rilega tra esse le forme in apparenza più lontane di adenia ganglionare e di splenomegalia. Dal punto di vista patogenetico, pensano che il più grande ufficio è goduto dall'adattamento morboso al sistema linfoide di un bacillo tubercolare attenuato.

19. Corvelaire. **La disostosi cleido-cranica ereditaria.**—Questo complesso morboso, descritto da Marie e Sainton, consiste in uno sviluppo esagerato del diametro trasverso del cranio, coincidente con un ritardo nell'ossificazione delle fontanelle; in un'aplasia più o meno pronunciata delle clavicole; nella trasmissione ereditaria di queste malformazioni. Finora si conoscono 31 osservazioni di questa anomalia (Marie e Sainton, Martin, Gegenbauer, Luschka, Scheuthauer, Dowse, Kappeler, Hamilton, Tadd, Pierre, Pinard e Varnier, Hultkrantz, Shorstein e Carpenter). In 4 casi si son fatte anche delle radiografie, in 3 la necropsia. La disostosi è il più spesso bilaterale; è raro che l'aplasia clavicolare vada fino all'assenza totale; in un primo gruppo di casi vi ha un solo rudimento parasternale; in un secondo due rudimenti parasternale e paracromiale, durante il riposo il moncone della spalla è proiettato all' innanzi, ed abbassato e manca il rilievo clavicolare normale; ciò non ostante i movimenti dell' arto superiore e del moncone della spalla non sono modificati; essi si compiono regolarmente con precisione e con forza. Con gli arti superiori si possono realizzare le attitudini più bizzarre: così si possono addurre forzatamente i monconi delle spalle, portar le braccia davanti del petto parallelamente in modo da portare quasi a contatto le teste omerali. Dietro, l'adduzione delle scapole può essere portata fino al contatto dei margini posteriori. Questa della clavicola è una disostosi per difetto, un vizio, un difetto di ossificazione. Tale difetto si ritrova anche nella disostosi cranica. Vi ha un allargamento del diametro trasversale del cranio. La fronte é saliente: le due bozze frontali sono ben messe in rilievo dall' esistenza di un solco inter-frontale, in genere poco profondo. La prominenza delle bozze parietali colpisce tanto più in quanto la faccia, poco sviluppata; si trova quasi ad un livello posteriore alla fronte. Le squame temporali, almeno nella loro parte ante-auricolare sembrano poco sviluppate. Tra le diverse ossa possono persistere, a gradi diversi, gli spazii membranosi delle suture e delle fontanelle. La base del cranio è raccorciata. Il naso è deformato a concavità rivolto verso destra, un po' depresso verso la radice. Il mascellare inferiore presenta, come malformazione costante, una diminuzione notevole del suo diametro trasverso. La volta palatina è profondamente scavata, ogivale, talvolta fessa. I denti sono impiantati irregolarmente; compaiono tardivamente; i canini sono talvolta cupoliformi. La nota dominante nella disostosi craniense è il difetto, l'arresto o la deviazione dell'ossificazione normale; l'atrofia delle ossa, la persistenza degli spazi membranosi. la presenza delle ossa wormiane mostrano l' insufficienza dei punti di ossificazione normale. Questa associazione della disostosi clavicolare e cranica si trasmette ereditariamente; questa trasmissione non oltrepassa la seconda generazione. Le interpretazioni patogenetiche sono state varie (Scheuthauer, Dowse, Marie e Sainton, Shorstein). Tali malati sono, nel senso più generale della parola, degli eredo-distrofici. Circa l' etiologia è da segnalare la sifilide, la tubercolosi, l' alcoolismo, il gruppo di tutte le cause che indeboliscono la nutrizione (malattie acute), che agiscono deleteriamente sull'uovo e quindi sullo sviluppo dell'embrione.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini
Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L' aria liquida e le sue applicazioni in medicina e chirurgia

L'aria liquida è una sostanza che attrae oggi l' attenzione e l' interesse degli scienziati di tutto il mondo.

Sembra che Tripler, nel produrre dell'aria liquida in grandi quantità e di poco costo, abbia risolto un problema che apre nuovi orizzonti destinati possibilmente a sconvolgere la forza motrice ed i processi refrigeranti. Ha Tripler aperto anche nuovi orizzonti in medicina e dato delle misure terapeutiche di valore considerevole? Negli ultimi anni Tripler ha sostenuto che questo è il caso e che non s'ha il diritto di giudicare dell'efficacia dell'aria liquida dai risultati ottenuti coll' uso del freddo, qual è stato finora adoperato in terapia. Il freddo adoperato finora, dice Tripler, è caldo in confronto dell' aria a 155° sotto zero. Negli ultimi anni l' aria liquida è stata adoperata da diversi medici in diverse manifestazioni morbose, specialmente nei carcinomi. Il risultato è stato splendido riguardo al suo potere abortivo o curativo su morbi anche maligni.

Campbell White (*Medical Record*, vol. 56, n. 4, 22 luglio 1899), ha studiato l'effetto dell' aria liquida in diverse malattie. Il prezzo dell'aria liquida ottenuta col processo di Tripler non è maggiore di quello della stessa quantità di acqua minerale. La sua temperatura è di 155° sotto zero. Contiene nitrogeno ed ossigeno, con una quantità varia di biossido di carbonio.

Le proporzioni del nitrogeno e dell'ossigeno sono circa di 3 parti del 1° ad una del 2° in peso e di 4 ad 1 in misura.

L' aria liquida non contiene idrogeno, non venendo questo liquefatto alla temperatura dell'aria liquida. È un liquido leggermente opalino, filtrato (il che può aver luogo con un filtro di carta ordinaria) somiglia per colorito all' atmosfera, quale si vede in distanza in un giorno sereno. Osservato in un recipiente ordinario, il liquido bolle producendo dei vapori bianchi che rapidamente scompaiono: la mano può immergersi nel liquido senza lesione alcuna, ove si ritiri immediatamente.

Il liquido dà la sensazione di freddo e di acido e non lascia umido nella mano. Applicata sulla mano, l'aria liquida, a causa della sua freddezza estrema, dà la sensazione di bruciore e di formicolio, simile a quella che si riceve dalla corrente faradica. Versando una tazza d' aria liquida sul pavimento, s' ha lo stesso risultato che s' avrebbe versando una tazza d' acqua su d' una stufa molto calda; produce lo stesso rumore esplosivo e scomparisce rapidamente allo stato di vapore, non lasciando dietro nessuna traccia. Il suolo o qualsiasi oggetto della stanza è circa 222° più caldo dell' aria liquida. Questa non esplode, eccettochè non sia chiusa ermeticamente. Può versarsi in una bottiglia o in un boccale ordinario da latte, purchè vi sia un foro anche piccolo nel turaccio o nel coperchio. Versata in tale recipiente, l' aria liquida bolle molto rapidamente finchè la temperatura del detto recipiente non s' abbassa, al punto da essere coperto di ghiaccio e così freddo da non potersi toccare senzachè la mano non geli. Un fiammifero acceso, immerso nel liquido subito dopo che questo s' è versato in un bicchiere, si spegne.

Il nitrogeno evapora molto più rapidamente dell'ossigeno, cosicchè dopo breve tempo il liquido diventa molto ricco in ossigeno; immergendovi allora un fiammifero acceso, questo brucia con fiamma brillante e s' ha combustione perfetta; una sigaretta accesa splenderebbe e brucierebbe completamente; anche l'acciaio è liquefatto, se viene esposto all'aria liquida, dopo d' essere stato portato al calore bianco. L' aria liquida trasforma ogni liquido od etere allo stato solido.

Campbell White studiò in primo luogo gli effetti dell'aria liquida sui germi morbosi, e per vero sui bacilli del tifo, del carbonchio e della difterite. Procedeva nel modo seguente: versava delle culture pure dei succennati bacilli in tubi capillari, che poscia venivano chiusi alle due estremità ed immersi in un bicchiere d'aria liquida. Il liquido si rinnovava di quando in quando, cosicchè i tubi restavano sempre completamente sommersi. Alcuni tubi venivano tolti dopo 30' altri dopo 45' 60' e 90': dopo toltili dall'aria liquida, si rompevano l'estremità chiuse ed il loro contenuto si versava in tubi contenenti brodo di recente sterilizzato.

Questi tubi di brodo si mettevano negl' incubatori tenuti a 38°, dove restavano per più di 48 ore, scorso il quale tempo, vennero esaminati e si trovò che contenevano culture pure dei rispettivi bacilli.

L'esposizione del virus vaccinico all'aria liquida per 15' o meno non ha alcun effetto sul potere vaccinante del virus. Esponendo l'orec-

chio d'un coniglio all'aria liquida per alcuni minuti, esso veniva gelato completamente e così profondamente da poter rompere colle dita un pezzettino dell'estremità senza dolore od emorragia. In meno di 10' la circolazione si ristabiliva completamente, con emorragia nel punto di scontinuità; la parte gelata aveva riacquistato la temperatura ed il colorito normale.

L'orecchio rimaneva perfettamente normale per circa 5 giorni, dopo il quale intervallo cominciava a tumefarsi ed alla fine di 2 settimane circa la metà della porzione gelata si raggrinzava e cadeva. Il resto dell'orecchio riacquistava i suoi caratteri normali.

Perl'uso dell'aria liquida sui tessuti del corpo umano, Campbell White s'è servito d'uno *spray*. Applicando uno *spray* d'aria liquida alla pelle, la parte rispettiva diventa tosto anemica ed affatto bianca ed incolore.

Se l'uso si limita a pochi secondi il colorito ritorna subito, e la pelle dopo resta congestionata per alcuni minuti. In molto meno d'un minuto, la parte gelata diviene dura come il ghiaccio, ma anche in questo caso la circolazione ritorna in pochi minuti senza lesione dei tessuti, purchè non si tratti della punta di qualche estremità, come della punta del dito, nel qual caso è a temere la perdita di tessuto, come nel caso dell'orecchio del coniglio. Non si produce dolore, eccettochè al primo inizio, nel quale s'ha una lieve sensazione di bruciore o di formicolio. Si ha anestesia completa della parte. Campbell White ha usata l'aria liquida in alcuni casi come anestesico locale e con successo costante: un altro vantaggio importante è l'assenza dell'emorragia durante l'operazione, il che permette all'operatore di applicare l'apparecchio prima che si stabilisca l'emorragia, bastando poi l'apparecchio stesso ad arrestare qualsiasi gocciolamento. Una borsite infetta sull'olecrano potè così essere anestesizzata, incisa, nettata e medicata senza dolore o emorragia.

Rimossa alquanti giorni dopo la medicatura, i margini si trovarono netti e la cavità stessa libera di pus. La guarigione fu più rapida di quanto si sarebbe potuto aspettare. Un altro caso fu quello d'un ragazzo che riportò una ferita da palla da bersaglio al palmo della mano. Il ragazzo era molto nervoso, ma si giudicò necessario di praticare un'incisione per vedere se vi fosse un corpo estraneo. Si fece uso largo dell'aria liquida, cosicchè quando si tentò di fare l'incisione, si trovò la stessa resistenza che s'incontrerebbe a tagliare col bistori una massa di ghiaccio. Dopo d'avere aspettato circa 30'', l'operazione si compiè perfettamente senza dolore o emorragia e senza bisogno dell'uso ulteriore d'aria liquida. Dopo pochi giorni, la ferita venne trovata in condizioni perfette, senza perdita di tessuti. Nell'uso dell'aria liquida quale anestesico locale, Campbell White crede più conveniente di usarla ad intermittenza mentre il chirurgo opera, anzichè di gelare la parte al punto da renderla anestesica per un tempo relativamente lungo. Quest'uso intermittente dello *spray* non sarebbe necessario quando si richiede una semplice incisione, come nel caso dell'apertura d'un ascesso. Campbell White cominciò a fare uso dell'aria liquida nella cura locale delle ulcere della gamba, specialmente varicose, di molte ulcere veneree e di alcune ulcere specifiche. Tanti di questi casi sono stati trattati finora coll'aria liquida, da poter dire con certezza che oggi non abbiamo nulla a nostra disposizione che così rapidamente, intieramente e con sì poco dolore netti i margini e stimoli alle granulazioni la superficie di un'ulcera, come l'aria liquida convenientemente usata.

Essa non deve usarsi con tanta frequenza da rompere le nuove granulazioni che si vanno formando. Dopo le prime due applicazioni in un'ulcera varicosa, un'applicazione per settimana è d'ordinario sufficiente. Nell'ulcera molle o mista un'applicazione generosa è sufficiente. Tutte le ulcere trattate con aria liquida sembrano che vadano meglio, se seguite da una medicatura secca, come aristolo, sottogallato di bismuto o tannato di zinco, invece che da uso d'unguenti.

Un ascesso, un furuncolo, un bubbone ai loro primi stadii abortiscono in modo assoluto con una sola applicazione d'aria fredda. Se sono più progrediti, sono necessarie parecchie applicazioni coll'intervallo di 24 ore. Se s'è formato molto pus, è consigliabile di praticare l'anestesia coll'aria liquida, d'incidere e d'evacuare.

Campbell White provò l'aria liquida in un certo numero di casi di sciatica e di herpes zoster, in uno di nevralgia intercostale ed in uno di nevralgia facciale. In tutti questi casi s'ebbe sollievo permanente dall'applicazione dell'aria liquida all'estremità spinale del nervo affetto. In un caso di sciatica l'aria venne applicata in diversi punti del corso del nervo: in due casi di herpes zoster l'eruzione s'essiccò del tutto tre giorni dopo l'applicazione e negli altri casi guarì dopo 5 giorni.

In nessuno dei detti casi si dovette ripetere per la 2ª volta l'uso dell'aria fredda ed in nessuno dei casi l'applicazione fu così intensa da produrre vesciche o escare.

Due casi d'eresipela facciale vennero trattati, non con lo *spray* ma girando un tubo ripieno d'aria liquida sui tessuti lesi. La temperatura, l'infiammazione e il dolore diminuirono di botto. Forse si richiedono diverse applicazioni coll'intervallo di diverse ore per ottenere ottimi risultati nell'eresipela.

In un caso di lupus eritematoso, che prendeva la regione frontale, entrambi gli orecchi ed un lato della faccia, sottoposto al trattamento coll'aria liquida, s'osservò dopo due applicazioni della stessa che l'aree affette s'erano desquamate completamente, lasciando il derma in condizioni sanissime, leggermente arrossato, senza escara. Era questo un caso

ostinato, ch'era stato in cura per lungo tempo ed aveva resistito a qualsiasi metodo di cura. Non havvi segno di tendenza alla recidiva e s'ha ragione di credere che il caso sia guarito. Due altri casi della stessa malattia, che però prendono un'area maggiore, sono sotto cura ed havvi a sperare che il risultato sarà ottimo.

Per quel che riguarda la cura del carcinoma coll'aria liquida, Campbell White non può pronunziarsi in modo deciso, per mancanza d'esperienze. Egli ha parecchi casi in cura e quantunque questa abbia cominciato da poco tempo, spera di condurre a termine il risultato. Parecchi casi d'epitelioma sono stati trattati coll'aria liquida durante l'ultimo anno da diversi medici a New-York e nei suoi dintorni con risultati brillanti. Campbell White non può confermare o negare questi risultati, eccettochè in un caso d'epitelioma del naso il quale, secondo tutte l'apparenze, guarì. Invero è passato breve tempo per escludere una recidiva, ma, ancorchè il tumore debba riprodursi, non havvi ragione a temere che la riproduzione non dovrebbe rispondere alla cura così prontamente come la prima volta.

Considerando che cosa è l'aria liquida e com'essa agisce sui tessuti, Campbell White crede che non è difficile a scoprire perchè i suoi risultati sono stati così soddisfacenti nei casi in cui s'è adoperata e pensa che havvi ragione a sperare che s'abbia nell'aria liquida un mezzo terapeutico atto a rimuovere parecchie altre lesioni superficiali ostinate del corpo ed a curare alcune lesioni, che finora hanno resistito a tutti i mezzi di cura che s'hanno a disposizione, non escluso il coltello. Egli è convinto fermamente, dall'esperienza ormai acquistata nell'uso dell'aria liquida, che questa è uno specifico nella cura delle lesioni nevrotiche, quali l'herpes zoster, la sciatica, la nevralgia intercostale e facciale. L'uso dell'aria liquida in medicina, cioè nelle malattie polmonari, nell'abbassamento della temperatura febbrile, apre un largo campo che dà molto a sperare per il futuro.

LAVORI ORIGINALI

Istituto dermosifilopatico della R. Univ. di Palermo diretto dal prof. P. L. TOMMASOLI

LA SIEROTERAPIA ARTIFICIALE NELLE DERMATOSI TOSSICHE

Dott. I. Càllari, interno ordinario

(*Continuazione e fine*)

Appendice

Riporto qui alcuni dati riferibili agli antecedenti dei nostri infermi.

In primo luogo notiamo come fatto quasi costante la stipsi abituale. Indi il reumatismo articolare acuto e cronico; le metropatie (amenorrea, dismenorrea); i patemi d'animo (dolori morali e spaventi); convulsioni eclampsiche ed isteriche, convulsioni epilettoidi; alcoolismo; malaria; linfatismo; ittero, diatesi urica, alimentazione scarsa ed abitazione umida. Come precedenti ereditari notammo in taluni casi la scrofola, la tubercolosi, la pazzia o forme larvate di questa, la bronchite cronica, e in qualche caso l'infezione blenorragica.

Il diabete lo riscontrammo nell'ammalata di follicolite e in un caso di micosi, come causa probabilmente occasionale, un trauma.

Questi fatti ho voluto citare come ricordi anamnestici, nel caso che essi abbiano un intimo rapporto con lo svolgersi della dermatosi, sia predisponendo l'organismo, coll'indebolirlo, a contrarla, sia creando per circostanze speciali entro l'organismo stesso, la produzione di quei principii anormali così detti tossine, le quali messe in circolo alterino la pelle nei suoi varii strati predisponendola per l'alterata funzionalità o per il sovraggiungere di agenti esterni o per condizioni speciali all'individuo, ad ammalarsi.

QUADRO RIASSUNTIVO

Malattie	N. degli amm.	Sieri adoperati N.	Massimo delle iniezioni prat. N.	Quantità mas. di siero iniettato Kg	ESITI Guar.	Migl. o in via di guar.	Neg.	Rifiut alla cura	Morti
Psoriasi	10	1. 2. 3. 5. 7.	42	10, 275	3	4	3	—	—
Eczema	8	1. 2. 3.	60	7, 800	6	1	1	—	—
Prurigo e prurito	5	1. 4.	44	8, 150	4	—	1	—	—
Lichen planus	4	1. 5.	33	2, 955	2	1	1	—	—
Micosi fungoide	2	1. 5.	6	7, 000	—	—	2	—	—
Pemfigo veg.	1	1.	6	0, 495	—	—	1	—	—
Follicoliti	1	1.	13	1, 065	1	—	—	—	—
Ittiosi	1	3.	32	1, 000	—	—	1	—	—
Lupus tub.	4	1.	64	6, 115	3	—	1	—	—
Scrofuloderma	1	1.	58	4, 815	1	—	—	—	—
Sifilide rec.	2	1.	2	0, 150	—	—	—	2	—
Lepra	1	1. 8. 6.	65	9, 050	—	—	1	—	—
Sarcoma	3	1. 5. 7. 8.	21	4, 200	—	—	3	—	—
Carcinoma ulc.	1	7.	5	0, 250	—	—	1	—	—
Ustioni di 1° 2° 3° grado	16	1.	23	10, 850	6	3	—	—	7
Totali	60				26	9	16	2	7

IV. *Meccanismo d'azione del siero artificiale nelle dermatosi autotossiche e tossiche croniche*

A). *Assorbimento del siero e reazione locale.* In 60 infermi nei quali abbiamo esperimentato i lavaggi dell'organismo, l'assorbimento del siero avveniva completamente, in media dopo due ore dalla iniezione. Più facile esso riesce quando l'iniezione vien fatta nel cellulare sottocutaneo e più specialmente alle regioni scapolari, sede quasi sempre da noi prescelta. Nei casi in cui si dovettero scegliere altre sedi, come ad esempio le natiche, lo spessore dei glutei, l'assorbimento, ad onta del massaggio che in tutti i casi veniva fatto durante l'iniezione, avveniva più lentamente, ed il giorno dopo si notava un nodulo duro, dolente al punto della iniezione. L'atto della puntura raramente suscitò dolori, in ispecie quando, come noi, si fa uso di aghi lunghi o non molto sottili, e ciò sia perchè la iniezione dura minor tempo, sia perchè il liquido per il calibro piuttosto grosso dell'ago non trova molta resistenza. Molti malati mal sopportarono il dolore prodotto dalla distensione che i tessuti subiscono per la penetrazione del liquido. Altro rimedio non v'era che il massaggio, e questo, come s'è detto, venne sempre fatto.

Due volte osservammo ascesso alle regioni scapolari. Forse in quei giorni la sterilizzazione degli aghi non fu accuratamente fatta.

B) *Influenza sulla temperatura, polso, respiro, sistema nervoso.*

a) La maggior parte dei nostri infermi prima che fossero sottoposti alle iniezioni presentavano una temperatura normale, all'infuori di taluni bruciati i quali vennero a noi con grande elevamento febbrile.

In generale possiamo dire che il termometro applicato in ogni caso durante l'iniezione non ci rivelò elevamento di temperatura; due ore dopo l'iniezione ci accusava quasi sempre elevamento febbrile che non abbiamo visto costante per tutti i casi e per tutti i sieri.

Difatti, il siero che ci ha dato una minore reazione pirettica è stato il siero n. 1. Una massima reazione si è avuta invece coi sieri 3 e 7. In parecchi malati la temperatura serotina fu anche elevata per ridursi al normale al mattino prima della iniezione successiva.

b) Il polso e il respiro può dirsi che in tutti i casi furono normali. Fanno anche qui eccezione pochi casi nei quali si ebbe ora un aumento, ora una diminuzione, fatti questi collegati certamente o ad una eccitazione nervosa per effetto immediato della iniezione, o ad una depressione nervosa che talvolta era accompagnata a sudore, freddo, pallore della cute, tremore. In alcuni bruciati che vennero a noi in preda a gravi fenomeni da parte del respiro e del polso, si vide dopo la prima iniezione migliorare lo stato generale.

c) Relativamente al sistema nervoso è già detto: i fatti più importanti all'atto della iniezione si limitano o ad una depressione talvolta con sintomi di collasso, o ad eccitazione con produzione di spasmi nervosi di un dato gruppo muscolare, smanie, cefalea.

C) *Influenza sulla funzione urinaria.* In quasi tutti i malati, potemmo osservare che la quantità delle urine era scarsa prima che si fossero cominciati i lavaggi, ovvero normale. Per effetto del siero, la loro quantità si è aumentata, specie per il siero n. 1. Nessuna conseguenza credo si possa trarre dallo esame chimico. Solo possiamo dire che in 32 esami su 60 malati, esclusi i bruciati, noi verificammo quasi costantemente una scarsezza di urati. Raramente notammo l'eccedenza di questi. Abbondanti talvolta i cloruri e i carbonati. Scarsi risultarono il più delle volte i fosfati ed i solfati. Assenti in un sol caso gli urati e i solfati.

Queste variazioni restarono tali in pochissimi infermi poichè nella maggioranza dei casi le urine si ridussero al normale.

Come principii anormali osservammo albumina in due casi, che poi scomparve. Sul proposito, credo, opportuno tornare al richiamo ch'io facevo per lo infermo Indorante (micosi fungoide) in cui si ebbero sintomi di avvelenamento da arsenico e contemporaneamente, la comparsa di albumina nelle urine alla dose di gr. 0,50 ‰. Sospese le iniezioni col siero n. 5 (ars. soda) e la somministrazione dell'acqua di Roncegno, si fanno i lavaggi col siero n. 1 e l'albumina scompare.

I pigmenti biliari riscontrati in un infermo di prurito da ittero ed il glucosio nella inferma di follicolite sparsa, scomparirono anch'essi. (1).

---

(1) Nella nostra clinica fu studiata dal dottore Ferro allora laureando (1898) la tossicità urinaria per talune dermatosi ma per la scarsezza delle

D) *Azione sul sangue.* Di 6 infermi, solo in 16 facemmo l'esame del sangue prima e dopo la cura. Il siero n. 1 pare sia stato il più efficace. Per esso abbiamo un aumento massimo di 2.110.000 globuli rossi, cui corrisponde un valore corrispondente di tasso emoglobinico di 33. Per il siero n. 5 abbiamo un aumento di 1.020.000 globuli rossi con 22 di tasso emoglobinico; col siero n. 7 e n. 2 un aumento di globuli rossi, variabile dai 500.000 agli 800.000 cui corrispondono i dati 7 e 10 di tasso emoglobinico. Il siero n. 3 adoperato in 3 infermi diede risultati opposti, una diminuzione massima di 1.690.000 globuli rossi con la diminuzione di 8 di tasso emoglobinico. Dei sieri 4, 6, 8 non avemmo l'opportunità di studiarne l'azione sul sangue, poichè in quei casi non facemmo esami.

E) *Azione sulla nutrizione generale.* Allo stesso modo che i sieri in generale e il siero n. 1 in ispecie hanno esercitato la loro benefica influenza sul sangue, noi abbiamo dei dati per rilevare anche gli ottimi risultati sulla nutrizione generale.

Il peso del corpo difatti, dei nostri infermi, noi lo vedemmo aumentare. E' da notare che una buona parte di essi erano sottoposti ad una iperalimentazione (aumentando la dose ordinaria del pane, somministrando latte ogni giorno, e dando uova).
Col siero n. 1 vedemmo un aumento di Kg. 2-6.

Col siero n. 4 vedemmo un aumento di Kg. 3,800.

Col siero n. 5 vedemmo un aumento di Kg. 2,800-5,000.

Col siero n. 7 vedemmo un aumento di Kg. 2,000,

Col siero n. 2 vedemmo un aumento di Kg. 0,500-1,500.

Col siero n. 8 vedemmo una diminuzione di Kg. 2 (!).

Per i sieri n. 8. e n. 6 non studiammo le variazioni di peso del corpo.

F) *Influenza sulle funzioni: intestinale, epatica, sessuale.* Nell'anamnesi di quasi tutti i nostri infermi, come si potrà vedere dall'articolo appendice, noi troviamo la stipsi. Raramente ricordi di renella, gotta, artrite reumatica. Anche nei casi in cui l'avvelenamento cronico per alcool bastava a spiegare la genesi della dermatosi, pure noi trovammo come fatto quasi costante la stipsi. Questo fatto io credo ha la massima importanza, poichè unito agli altri, come ad una speciale vulnerabilità della pelle sia congenita che per causa dei mestieri e a disturbi nervosi, questo fatto, ripeto, deve richiamare l'attenzione di quanti vagheggiano, come il Tommasoli, l'idea che in quelle dermatosi possa trattarsi di una autointossicazione, per quanto l'origine loro non va sempre devoluta ai disturbi gastro-intestinali.

Per effetto dei nostri sieri noi abbiamo verificato in generale una *restitutio ad integrum* delle funzioni suddette. Abbiamo però adoperato in parecchi casi l'acqua Janos, dalla quale abbiamo ritratto ottimi risultati.

Relativamente alla funzione epatica, nell'infermo affetto da prurito da ittero, noi vedemmo ristabilirsi la funzione biligenica poichè i pigmenti allora visibili nelle urine, scomparvero. Sulla funzione sessuale pare abbia anche agito efficacemente, poichè nell'unica inferma di ittiosi, noi vedemmo tornare i mestrui che da 3 mesi mancavano.

G) *Modificazioni verificatesi nelle manifestazioni cutanee. a) Psoriasi.* Osservammo in primo luogo la diminuzione del rossore delle placche psoriasiche. La desquammazione divenuta in un primo tempo più attiva e continua, finisce poco a poco per dar luogo ad una desquammazione furfuracea fino a che tutto torna al normale, restando solamente delle macchie brunastre che man mano vanno sbiadendo. Il prurito che in tutti gl' infermi di psoriasi fu abbastanza notevole ed in taluni, insopportabile, nella maggioranza dei casi cominciò a diminuire fin dai primi giorni di cura per scomparire rapidamente (media delle iniezioni 23, portanti gr. 4.925 di liquido).

b) Eczemi. In un primo periodo costatammo un aumento della essudazione sierosa negli eczemi umidi. La quantità andava poi diminuendo assieme al rossore che si faceva sempre meno intenso. Alla secrezione diminuita, si sostituiva la produzione di croste sierose e di squamme, il rossore ed il prurito cessavano completamente e tutto tornava allo stato normale (Media delle iniezioni: 34: gr. 4,637 siero).

c) Prurigini e pruriti. — Di 5 casi, 4 guarirono completamente. Il prurito, sintoma culminante, cessò per effetto delle iniezioni e dei purgativi. (Iniez. 25, gr. 6.825 siero).

---

esperienze non crediamo opportuno riferire le conclusioni. Studii più accurati sono stati fatti dal Colombini e testè dal dott. Sorrentino Nicola di Napoli.

d) *Lichen planus.* — Nei due casi seguiti da guarigione noi notammo in primo luogo l'appianamento dei piccoli noduli caratteristici della dermatosi, la scomparsa del prurito ed in ultimo una desquammazione furfuracea cui seguì la completa guarigione. (Iniez. 25, gr. 1.727 siero).

e) ***Micosi fungoide.***— Nessuna manifesta modificazione benefica dei tumori.

f) *Pemfigo vegetante.* — Risultato negativo, anzi peggioramento delle manifestazioni esistenti.

g) *Follicolite diffusa.*—Rapida scomparsa delle manifestazioni cutanee e del prurito. (13 iniez. gr. 1,065 di siero).

h) *Ittiosi.* — In quest'affezione, il siero riuscì inefficace, per quanto le condizioni generali migliorassero. Un effetto salutare, come s'è detto l' abbiamo avuto relativamente alle mestruazioni.

i) *Lupus.* — Gl' infermi di lupus, oltre ai lavaggi furono sottoposti alla cura chirurgica. Di notevole, nei casi seguiti da guarigione, l'assenza di nuovi noduli tubercolari. (Iniez. 37, gr. 3.487 di liquido).

l) *Scrofuloderma e lichen scrophulosorum.* Oltre ai lavaggi l'infermo fu sottoposto alla cura chirurgica relativamente ai seni fistolosi ulcerati. Il lichen scomparì senza alcuna cura locale, restando una sottile desquammazione furfuracea che poi anch'essa cessò (Iniezioni 58, gr. 4,815 di siero).

m) *Lepra.* — Sembrò durante i lavaggi col siero N. 1 che taluni lepromi del dorso si appiattissero, anzi tal'altri scomparvero addirittura; ma poco tempo dopo, essi riapparvero e nuovi ne sorsero, specie alle braccia, ai lombi e alle natiche.

n) *Sarcoma e Carcinoma.*—Nessun risultato.

o) *Ustioni.*—Mi riserberò, quandò avrò ancor meglio studiato questo complesso problema, in ispecie pei gravi fenomeni che conducono alla morte, in correlazione alla maggiore o minore estensione delle scottature, a dare un quadro più completo con opportune considerazioni clinico-terapeutiche.

In vista di tutto quanto abbiamo fin qui detto in rapporto all' applicazione del metodo dei lavaggi nelle dermatosi autotossiche e tossiche croniche, e dei risultati ottenuti per un numero discreto d'infermi, credo poter venire alle seguenti

Conclusioni

1. La teoria autotossica e tossica per la genesi di talune dermatosi (psoriasi, eczemi, prurigini e pruriti, lichen planus e lichen scrophulosorum, ittiosi, pemfigo etc...) è delle più razionali;

2. Il metodo dei lavaggi dell'organismo coi sieri artificiali nelle suddette dermatosi, è un metodo che va assai raccomandato per chi quella dottrina non è una spregevole utopia;

3. La loro efficacia in linea generale non è da mettersi in dubbio, considerando che essi

a) elevano la pressione sanguigna;

b) lavando il sangue, diluiscono le tossine circolanti;

c) eccitano le funzioni eliminatrici;

d) lavando il sangue, modificano probabilmente tutti gli elementi anatomici alterati;

e) eccitando la funzionalità degli organi ematopoietici aumentano forse il potere fagocitico;

f) aumentando il numero dei globuli rossi ed il tasso emoglobinico, influiscono sulla nutrizione generale determinando un aumento del peso del corpo.

4. Il metodo dei lavaggi è ancora suscettibile di modificazioni, variando cioè la qualità e la dose dei principi chimici che entrano a costituirli e ciò quando l'urologia, l'ematologia, l'istobiochimica etc. ci avranno fornito dei dati che gettino un po' di luce nel complesso problema delle autointossicazioni (Tommasoli).

BIBLIOGRAFIA

Tommasoli. Di un caso d' Ittiosi *Lo Sperimentale* 1885. — Id. Sulla natura dell'Herpes Zoster *Giorn. Int. Sc. Med.* 1886. — Idem Articolo sul Pemfigo *Enciclopedia Med. It.* Vallardi, Milano.— Id. Sulla natura parassitaria della psoriasi. *Gazz. Osp.* 1896.—Id. Sur l'histopath. et la pathogen. de l'ichtyose. Paris 1893.—Id. Sulla etiologia e natura dell'Ittiosi. *Giorn. It. Mal. Ven.* 1891.—Id. Di due casi interessanti per la storia e patog. della psoriasi *Rif. Med.* 1891. — Id. Dermatiti pruriginose multiformi *G. I. M. Ven.* 1893.—Idem Prurigo in genere e prurigo temporaneo in ispecie *Gior. It. Mal. Ven.* 1894. — Id. Ueber autotoxische cheratoder. *Hamburg u. Leipzig* 1893. — Id. Relazione d'una visita alla scuola Derm. di Vienna, 1887.— Idem. Pemfigo e pemfigoidi. *Giorn. It. Mal. Ven.* 1895. — Idem Sull' eritema essudativo multiforme, Lezione, *Rif. Med.* 1895.—Idem. La condilomatosi pemfigoide maligna *Clin. Med.* 1898.— Id. Il metodo dei lavacri dell'organismo coi sieri artificiali applicato contro le derm. autot. e toss. Londra 1898.— Id. Le iniezioni di siero artificiale come metodo per scongiurare la morte nelle scottature *Rif. Med.* 1897.—Id. e Sanquirico. Ricerche e considerazioni sopra un caso di pemfigo cronico. *Boll. Soc. Cult. Sc. Med.* 1886. — Philippson.

Contributo allo studio delle psoriasi atipiche *Rif. Med.* 1898.—Id. e Fileti. Sopra un caso di Pemfigo vegetante di Neumann *Gior. It. Mal. Ven.* 1896. — Azzarello. La patogenesi della morte nelle scottature e le iniezioni di sieri, come metodo per scongiurarla. *Gior. It. Mal. Ven.* 1898. — Frisco B. Le dermatosi nelle autointossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali, *Boll. Soc. Igiene* 1897 Pal.—Càllari. La lepra in Sicilia *Gior. It. Mal. Ven.* 1899. (Caso trattato coi sieri). — Colombini. La tossicità urinaria nelle dermatosi. *Gior It. Mal. Ven.* 1897. — Sorrentino N. La tossicità urinaria nelle dermatosi. Napoli 1897. — Pollaci G. Le ghiandole sudoripare nei nefriti *Rif. Med.* 1896. — Bouchard. Traité de Pathologie générale, Paris. — Westphalen. *Petersb. Med. Wocken* 1890. — Neumann. *Gazz. Osp. Clin.* Milano 1892.—Siredey. Sur un cas d'érythème scarlat. desquam. Paris 1894 *Bull. Soc. Med. des hôp.* — Quinquaud. Des variations de la toxicité du serum sanguin dans les affect cutanées Soc. Derm. e Syph. Paris 1893 — Lang. Versuch einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Carakteren 1878. — Eklund. Contribution à l'étude du Champignon du Psoriasis, *Ann. Derm. Paris* 1883. — Wolff. Zur aetiologie der Psoriasis 1884.—Lassar. Zur Aetiologie der Psoriasis *Berlin. Klin. Woch* 1885. — Beissel. Zur Aetiologie der Psoriasis *Monatsch. f. Prakt Derm.* 1886.—Mapother. The parasitic nature of Psoriasis *Br. Med. Jour.* 1891. — Ducrev. Sulla voluta contagiosità della psoriasi Congr. Pavia 1887.—Bonneau. Contrib. à l'étude du psoriasis, *These* 1892. — Schutz. Beitrage zur Path. der Psor. *Arch. f. Derm.* 1892. Tortellier. Contrib. à l'étude de l'etiol du psor. *These* 1894.—Mueller-Brieger. Seizieme Congr. allem. de med. int. tenu à Wiesbaden. *Semaine Med.* 27 avril 1898. — Mracek. Ueber Beziehungen einiger Dermatosen zum Gesammtorganismus *Wien. Kl. Woch.* 1899. — Bulkley. Sur l'eczema *Thèse de Lille* 1887. — Griffith. Sur l'eczema *Comptes rendues* 113-116 Paris.— Garrod. Sur l'eczema, *Transact. ot the Med. Congr. London* 1881. — Colomiatti. Sull'eczema, *Gazz. Clin.* Torino 1879. — Marcacci. Sull'eczema, *L'imparziale* 1887.— Salvioli. Sull'eczema, *Arch. per le Sc. Med.* Vol. 3 F. IV. — Mc. Burney. Sieroterapia salina, *Annals of Surgery* 1895.—Ferrannini Luigi. Sieroterapia salina *Rif. Medica* 1898.— Box e Vedel. Sieroterapia salina *Gaz. des hopit.* 1896.—Guarnie-Lambert. Sieroterapia salina, *Comptes rendus* vol. IV.—Lejars-Michaux. Sieroterapia salina, *Progres Medic.* vol. III.—W. Hunter. Sieroterapia salina, *Lancet* 1896. — Duret. Sieroterapia salina, *Revue de Med. et Ch. fem.* 1896. — Claisse. Sieroterapia salina, *Gaz. Med.* Paris 1896.—Lejars. Sieroterapia salina, *La Med. Mod.* 1896.—Bassi. Sieroterapia salina, *Gazz. osp.* 1897. —Legnani, Sieroterapia salina, *Riv. Clin.* 1896.— Delamare, Sieroterapia salina, *Gazz. Osp.* 1897. Monet and Viret. Sieroterapia salina, *Revue de Med.* 1897-1898.—Reilly. Technique and use of. saline infusions *Med. rec.* 1898.—Landouzy. Les sérotherapies, Paris 1898. — Carrier et Halliou, Charrin, Chassemont, Dastre, Delbet, Lépin, Sur le lavage du sang e son action Paris 1896. — Luton. Idem, 1884-1893. — Sanquirico. Idem, *Arch. Sc. Med.* XI-281. — Fiocco G. B. Idem, *Rif. Med.* 1898.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA MEDICA DI NANCY Prof. Spillmann

Due casi di pleurite purulenta da microbi fluorescenti. — *Étienne e Jirov.*

Étienne e Jirov hanno osservato recentemente nella clinica del Prof. Spillmann due casi di pleurite purulenta interessantissimi. Il 1° caso riguardava un individuo di 29 anni, entrato in clinica il 14 maggio 1897. Quindici giorni prima del suo ingresso ebbe dolore puntorio a destra, seguito tosto da violento brivido, febbre e dispnea. A destra e dietro c'era ottusità a partire da 2 dita trasverse dall'angolo inferiore della scapola in giù; la linea di ottusità descrive una curva che, passando per l'ascella, s'arresta avanti a 3 dita trasverse al disotto della mammella. C'era aumento delle vibrazioni toraciche nelle fosse sopra-e sotto-spinose; diminuzione al di sotto ed abolizione alla base; diminuzione del mormorio vescicolare; broncofonia al di sopra della punta dell'omoplata e nell'ascella; tosse leggera; assenza di espettorazioni; soffio sistolico alla punta; anoressia, costipazione; il fegato oltrepassa il margine costale di un dito trasverso; insonnia ed incubi. Il 18 maggio si estraggono gr. 600 di pus di color bruno-cioccolatte, d'odore gangrenoso. Verso la fine dello scolo viene un po' di sangue. S'iniettano gr. 200 di siero artificiale. Il 19 defervescenza; pochi rantoli sotto-crepitanti alla base e nell'ascella. Il 21 la temperatura si eleva sino 40°. Il 28 soffio acuto nel punto della puntura, estendentesi sino all'ascella. Il 1° giugno si fa la pleurotomia e ne esce un pus fetidissimo verdastro; si lava la pleura con un litro di acqua fenicata; la temperatura discende con grandi oscillazioni; la defervescenza è completa il 5 giugno, ed il malato esce guarito il 17.

L'esame batteriologico fece riconoscere un bacillo che si colora più difficilmente dello streptococco con i colori semplici, non conserva il Gram, ed è leggermente mobile. Le colture di un bacillo fluorescente presentano con il pus una agglutinazione nettissima; ma il sangue del malato non agglutina però le colture. Accanto a questi bacilli se ne riscontrano altri simili a quelli descritti dallo Hauser. Nelle culture in brodo si hanno delle forme di protei. Sul brodo si ha un leggero velo bianco alla superficie in 24 ore, e diffuso in 48 ore. La fluorescenza s'inizia alla superficie tra 24-48 ore.

Sui mezzi albuminoidi il liquido diviene giallo-bruno, e la fluorescenza, bleu-verde al principio, passa al verde-scuro; sui mezzi minerali il pigmento è verde franco, giallo-chiaro alla luce trasmessa.

Sui brodi peptonizzati, sul peptone pancreatico o pepsico, sul somatosio, sui mezzi minerali di ogni specie, salvo lievi varianti, questi caratteri sono identici. Nel latte, che non coagula, si ottiene una lieve fluorescenza. Sulla gelatina al 10 0[0 in 48 ore

si formano piccole colonie bianche, granulose, di un bruno-verde uniforme; dopo 4 giorni i margini si rischiarano, divengono sinuosi, dentellati; le colonie si allargano, ma non oltrepassano guari 1|2-1 cm. di diametro; esse non liquefanno la gelatina e non sono fluorescenti. Per infissione si ha fluorescenza alla superficie in 48-60 ore. Sul gelosio si hanno gli stessi caratteri; solo la fluorescenza è più rapida. Sul siero si hanno gli stessi caratteri, ma non vi ha fluorescenza. Il microbio é strettamente aerobio; vegeta bene a basse temperature e forma del pigmento a 14°; l'*optimum* per la fluorescenza è verso 20°-22°, verso 28° per lo sviluppo. A 32° non forma più pigmento. La reazione delle colture è sempre alcalina.

L' odore, nullo sui mezzi minerali, è quello di cavolo putrido sui mezzi albuminoidi. Sul sorcio, cc. 1 di coltura non produce nulla; nel sorcio bianco non si ha alcuna azione patogena con cc. 1-2-3. Nella cavia l'iniezione di cc. 1 determina dapprima una tumefazione leggerissima; dopo 5 giorni vi ha impastamento; il 9° giorno grosso ascesso senza reazione generale: si punge e si trae del pus densissimo, insemensato il pus, si ottengono delle forme di proteus, riproducenti la fluorescenza del brodo.

La 2ª osservazione si riferisce ad un giovane di 26 anni, entrato in clinica il 3 dicembre del 1897.

La malattia risaliva al marzo dello stesso anno; ebbe emottisi in giugno. Si hanno segni cavitarii nel polmone destro. A sinistra il mormorio vescicolare si ascolta appena; rantoli sotto-crepitanti disseminati.

Il 30 dicembre, dolore puntorio; alla base sinistra soffio acuto ed egofonia; il 6 gennaio, ottusità alla base sinistra fino alla punta della scapola; abolizione del murmure respiratorio; non più soffio ed egofonia; spazio di Traube ottuso.

L'8 gennaio si punge e si estraggono gr. 900 di un liquido giallo-verdastro, purulento, che contiene molti diplococchi. Il 10 gennaio, vomito abbondante (gr. 500 circa) di un liquido purulento; sonorità timpanica nello spazio di Traube; rumore di pentola fenduta; tinnito metallico; bacilli di Koch e pneumococchi negli sputi. L' 11 gennaio altra vomica abbondante (di gr. 300); succussione ippocratica; pio-pneumotorace; si fanno iniezioni intramuscolari di eucalyptolo jodoformizzato; ma le vomiche si riproducono, malgrado l'abbondanza della espettorazione, il 14, 15, 22, 24, 25, 26, poi ogni giorno (gr. 200 alla volta). Il 4 febbraio si pratica la pleurotomia, che dà uscita a più di un litro di liquido purulento, inodoro; il giorno seguente il pus continua a colare ma d'odore infetto che scompare poco a poco.

Il malato muore il 17 febbraio.

Il polmone sinistro, all'autopsia, presenta un'enorme caverna contenente un liquido purulento di odore infetto; all' apice, caverna più piccola non contenente pus, con numerose granulazioni. Il polmone destro, la base eccettuata, è infarcito di granulazioni. L'esame batteriologico fa rilevare dei diplococchi un po' allungati, capsulati, colorantisi facilmente, conservanti il Gram. Sul brodo dopo 8 giorni fluorescenza, che scompare nei passaggi successivi; il latte coagula dopo 20 giorni. In gelatina si osservano piccole colonie, rotonde, bianche, a centro bruno-giallastro più spesso, che liquefanno in 36 ore la gelatina; assenza di fluorescenza. Sul gelosio si osservano colonie arrotondite, prominenti che, trasparenti all'inizio, danno presto delle strie mucose di un bianco-sporco; lo stesso accade nel siero coagulato. Non forma indolo; produce ammoniaca libera sui mezzi minerali, idrogeno solforato sul gelosio all'acetato di piombo. La sua reazione è alcalina sui mezzi non zuccherati, acida nei mezzi zuccherati. Fa fermentare alla temperatura ordinaria il saccarosio che intervertisce dando delle bolle di gas; non modifica l'amido. È aerobio; vegeta a 43° sui mezzi fenicati ed è ucciso a 75° (per 5 minuti).

Inoculato al sorcio bianco, alla cavia, non si è mostrato patogeno.

La frequenza dei fluorescenti nelle vie respiratorie spiega la presenza di questi due microbi nei due casi di empiema osservati da Étienne e Jirov. I cromogeni sono stati per lungo tempo considerati come saprofiti; ma oggi si sa che il piocianico può generare delle infezioni generali e lesioni locali, che il proteo fluorescente è stato considerato come una delle cause della malattia di Mathieu-Weill, il bacillo verde come l'agente della diarrea verde, ecc. Non è quindi più permesso di conservare la linea di separazione che divide i saprofiti dai patogeni, poichè i microbi più banali sono stati riconosciuti tossici per gli animali (*subtilis, megatherium*), e l' attenuazione delle specie virulente può renderle almeno in modo passeggero saprofitiche.

All' inizio le specie descritte da questi autori si trovavano sole ed in abbondanza straordinaria; più tardi si associò lo streptococco.

Nel 1° malato la lesione dovuta al fluorescente pare essere stata primitiva; la caduta brusca della temperatura dopo la prima puntura, la guarigione rapida dopo la pleurotomia, sembrano dimostrare che l'agente patogeno avesse una debole virulenza. La riaccenzione termica e la ricomparsa del liquido dopo la puntura meritano essere attribuite alla infezione secondaria da streptococco, come le grandi oscillazioni termometriche che precedettero la fine della malattia.

Gli elementi microbici che hanno cagionato questi due empiemi sono dissimili dal punto di vista batteriologico; un solo carattere importante li avvicina: la produzione del pigmento fluorescente nelle colture. Il diplococco capsulato non possiede questa proprietà se non in modo contingente, e non si mostra cromogeno che sulle colture iniziali e su certi ambienti favorevoli alla funzione (siero zuccherato

gelatina pura). È facile distinguere i fluorescenti descritti fin'oggi, che sono tutti dei bacilli, salvo il *micrococcus fluorescens* Maggiora *ed il micrococcus diffluens* Schrötter, che non liquefanno la gelatina, ed il *micrococcus fluorescens* riscontrato dall'Arloing. La sua mobilità, la liquefazione della gelatina e del siero, la coagulazione del latte, la fermentazione degli zuccheri, lo differenziano dallo pneumococco; la sua forma, lo sua conservazione dei colori per il Gram e la sua azione sugli albuminoidi, lo distinguono dal pneumo-bacillo; resta capsulato in coltura.

Il bacillo fluorescente della prima pleurite ha presentato le forme che l'Hauser ha visto per il primo nel *proteus vulgaris*. Sembrerebbe naturale di farlo rientrare nella classe dei protei, tanto più che il proteo dello Jaeger è fluorescente com'esso, e che, indipendentemente dalle altre lesioni che gli sono attribuite, i microbi di questo nome sono stati descritti come agenti patogeni di certe pleuriti (Charrin e Nobécourt, Widal e Nobècourt, Netter e Bochin), o riscontrati negli empiemi di origine tubercolare, associati allo stafilococco (L. F. di Baviera). Ma dal punto di vista clinico il malato di Etienne e Jirov non ha presentato i segni di intossicazione profonda e di dispnea intensa costatate nella pleurite da proteo. Vi ha quindi luogo a domandarsi quali siano i caratteri differenziali reali di questo gruppo. Non ci si può contentare delle proprietà considerate come sufficienti dal Bodin: conservazione del Gram ed azione sulla gelatina, poichè il *proteus fluorescens*, il *proteus olus fluorescens* (Pètri) non resistono al Gram; il *proteus vulgaris* si scolora quasi completamente per il Flügge, completamente per il Zimmermann; d'altra parte il *proteus* Zopfü, il *proteus* Zenkeri, liquefanno la gelatina; quanto all'aspetto delle colture su questa, si sa che il bacillo tifico stesso può presentarlo quando il suo titolo è del 5 0|0. D'altra parte ancora, la morfologia sola non può bastare alla diagnosi, sovratutto quando si tratta di specie così variabili di forma. Secondo il Meyerhoff l'assenza d'indolo nelle colture di Ètienne e Jirov, di coagulazione del latte, di distruzione dell'urea, di liquefazione della gelatina e del siero, della fermentazione degli zuccheri, della colorazione con il Gram, ecc., permettono di considerare questo fluorescente come proteo; è vero che esistono pochi microbi di questo gruppo capaci di meritare i loro nomi, se si esigono tante condizioni per attribuirglieli. Senza voler concludere in modo preciso, nello stato attuale della questione, questo bacillo di Ètienne e Jirov è molto vicino al *bacillus fluorescens non liquefaciens*, e divide tutti i caratteri importanti di questo gruppo. La funzione cromogena, molto fissa in esso, il suo facile adattamento ai mezzi poveri, che fanno del proteo un proletario del mondo batterico (Hofmeister), sono, insomma, i caratteri più costanti dei fluorescenti.

Il Kofleck solo fin qui ha riscontrato in un empiema, ma associato al bacillo di Koch ed allo streptococco, un fluorescente che non ha studiato. (*Journal de physiologie et de pathologie gènèrale*, n. 4, 15 luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA
tenuto a Lilla dal 28 luglio al 2 agosto 1899

VII.

Crocq. **Diagnosi differenziale tra apoplessia isterica e apoplessia organica.** — Spesso tale diagnosi differenziale presenta delle difficoltà enormi. Per differenziare questi due accidenti bisogna: 1. Esaminare gli accidenti del malato. 2. Prendere in considerazione l'età del soggetto, e lo stato del suo sistema circolatorio. 3. Cercare la causa dell'ictus. 4. Studiare le manifestazioni morbose, vedere se si ha respiro stertoroso, viso congestionato e tumido, fenomeni che in nessun caso, secondo Achard, possono appartenere alla isteria. 5. Esplorare la motilità, la sensibilità e i riflessi, che secondo gli autori non presentano nell'isteria dei rapporti costanti. 6. Distinguere la paralisi facciale vera dall'emispasmo glosso-labiale proprio della apoplessia isterica. Talora però questi dati non bastano e la diagnosi differenziale non è sempre possibile.

Sollier. **I movimenti nella cura delle nevrosi.** — Gli esercizi muscolari, i movimenti forzati delle articolazioni, etc. possono agire favorevolmente per la guarigione di certe nevrosi; e specie dell'isteria. In tal modo tutti i disturbi isterici dipendenti dalle modificazioni delle sensibilità, verrebbero a scomparire, e di conseguenza secondo l'oratore, scomparirebbero egualmente tutti gli accidenti nervosi.

Parisot. **Alcune considerazioni sulla febbre neurastenica.** — Nella sensazione della febbre, del calore intenso, di cui si lagnano alcuni neurastenici, la modificazione termica esiste realmente, il termometro la mette in evidenza. L'elevazione della temperatura è minima, non si tratta di ipertermia nel vero senso della parola. La sensazione della febbre risiede, secondo Parisot, nell'apprezzamento che fa il soggetto delle variazioni più deboli della temperatura del corpo in un punto determinato o in punti differenti. Questa delicata valutazione non può esser fatta da soggetti normali. è una vera termo-iperestesia neurastenica. Se la modificazione termica è la base della sensazione della febbre la sensibilità termica ne è la condizione necessaria; tale è l'esplicazione di questa febbre accusata dai neurastenici in seguito ad emozioni, fatiche etc.

Meyer e Parisot. **Sulle caratteristiche grafiche del tremore dei vecchi.** — Il tracciato del tremore dei

vecchi è caratterizzato da una serie di oscillazioni le une più ampie, le altre più piccole, qualcuna appena marcata, queste oscillazioni continuano con questi caratteri senza obbedire ad alcuna regola. Si può dire che questo tremore dei vecchi, dal punto di vista grafico non è che l'esagerazione del tremore dell'adulto, sono fisiologici tutti e due. Il tremore dei vecchi si deve distinguere dal punto di vista clinico, dalla nevrosi « tremore senile » la quale si differenzia dalla prima, anche per i suoi caratteri grafici.

Etienne. **Associazione microbica nella tifoide.** — Riferisce un caso di tifoide associata a porpora emorragica, la quale non è che una infezione sanguigna che talora si associa alla tifoide. L' associazione batterica nella tifoide é sempre grave, specie quando come la porpora,si tratta di una infezione sanguigna.

Castelain. **L'intubazione del laringe in pratica privata.** — Ritiene che l'intubazione può essere benissimo eseguita in pratica privata, senza bisogno della sorveglianza permanente, poichè i pericoli della intubazione (ostruzione del tubo, rigetto brusco del medesimo) sono sempre minori di quelli della tracheotomia.

Spillmann e Demange. **L'opoterapia epatica nelle affezioni del fegato.** — Gli autori, esperimentando in dieci ammalati affetti da malattie epatiche diverse, hanno osservato costantemente poliuria con aumento dell'escrezione dell'urea e dell'acido fosforico, con scomparsa dei principii anormali (albumina, urobilina). Essi hanno ottenuto dei risultati insperati nella cirrosi atrofica, un miglioramento notevole dello stato generale nel cancro e nella congestione passiva del fegato. I risultati sono quasi netti nella cirrosi ipertrofica biliare. Se le azioni organiche sono molto avanzate l' opoterapia resta senza effetto.

Treille. **Trattamento occasionale della febbre intermittente perfetta.** — Ha potuto vedere come la cura preventiva delle ricadute nella febbre intermittente è perfettamente inutile e che é meglio ricorrere alla cura occasionale, cioè somministrare una piccola dose di solfato o di cloridro-solfato di chinina (50 centigrammi). Le polveri di china sono assolutamente inutili.

Lyonnet, Martz e Martin. **Uso terapeutico del vanadio.** — Hanno sperimentato su più di cento ammalati; servendosi di preferenza del metavanadato di soda, che è possibile con certe precauzioni di avere rigorosamente puro. Hanno avuto qualche caso negativo, ma quasi sempre, dietro la somministrazione di questo farmaco si è avuto (nei tubercolotici, clorotici, neurastenici etc.) un aumento più o meno rapido delle forze, del peso e dell'appetito. Il vanadio sembra essere un eccitante energico della nutrizione. Il vanadato di soda si somministra alla dose di 2-5 milligrammi nelle 24 ore, a giorni alterni.

Bernheim. **Studio clinico sperimentale della digitale.** —La fisiologia coi suoi dati contradittorii, non permette di limitare nettamente il campo d'azione della digitale. Clinicamente si può conchiudere che è un farmaco cardio-vascolare, tonico del cuore e dei capillari generali. A dosi moderate la digitale rallenta i battiti cardiaci, li regolarizza, aumenta la energia delle sistoli e la tensione arteriosa. A dosi tossiche ha effetti contrarii: aritmia cardiaca, paralisi circolatoria. Secondo Bernheim la digitale è indicata: 1. nella iposistolia; 2. come diuretico, quando si ha idropisia o edema, però bisogna sopprimere gli altri diuretici precedentemente usati; 3. nella albuminuria cardiaca; 4. nelle pneumoniti genuine, da influenza, da tifoide; e dà migliori risultati se è somministrato in principio. Il suo uso non deve essere protratto. La digitale è controindicata: 1. Nei periodi di compenso delle cardiopatie; 2. Nei casi in cui vi ha rallentamento del polso; 3. Nei disturbi cardiaci d'origine gastro-intestinale; 4. Nei casi di intolleranza speciale; 5. Nella tubercolosi (salvo nei casi di complicanze cardiache) e nella maggior parte delle malattie cachettiche.

Cury. **Su alcuni accidenti osservati negli operai agricoli in seguito alla manipolazione di alcuni letami chimici.** — La sostanza incriminata è conosciuta sotto nome di scorie da defosforazione, e proviene dalla epurazione delle fonti ricche in fosforo. In alcuni di questi operai, in seguito forse ad inalazione di tali polveri, Cury ha osservato degli accidenti bronco-polmonari (tosse, espettorato, rantoli a bolle alla base), che talora passavano allo stato cronico.

FORMULARIO

Contro il vaginismo

Cloridrato di cocaina.	ctgr. 30
Acqua distillata	gr. 20
Alcool a 90	» 10

Per pennellazioni.

Penzoldt. — **Lozione contro il prurito anale**

Iposolfito di sodio	gr. 30
Acido fenico.	» 5
Glicerina	» 20
Acqua distillata.	» 450

Si applichino spesso sull' ano delle compresse imbevute di questa soluzione.

Soluzione cocainica-mercuriale

Cloridrato di cocaina	gr. 0,10
Bicloruro di mercurio	» 0,20
Cloruro di sodio	» 0,75
Acqua sterile . . . . q. b. per	cc. 20

Per iniezioni ipodermiche. Una siringa al giorno.

NOTIZIE E VARIETA

Il congresso d'otologia a Londra

Il prof. Grazzi, lesse in inglese un discorso nel quale, fatta la storia rapida delle precedenti riunioni da quella di New-York (1876) a quella

di Firenze (1895), disse le ragioni per le quali fu scelta Londra come sede del presente Congresso.

Fece la biografia dei due più eminenti otologisti inglesi di questo secolo, Wilde e Tuynbee, e chiuse il suo discorso portando ai presenti il saluto di Firenze, che ricorda sempre con orgoglio l'onore fattole quattro anni or sono, essendo stata scelta come sede della precedente riunione.

Terminò proponendo di inviare un telegramma di rispettoso omaggio alla Regina Vittoria, dicendosi lieto che alcuni congressisti lo abbiano incaricato di fare questa proposta perchè appunto egli abita Firenze, che è la città preferita dalla Regina d'Inghilterra. La proposta fu accolta da unanimi acclamazioni e venne incaricato il Presidente della trasmissione del telegramma, letto dal Grazzi in inglese ed in francese perchè fosse inteso dalla maggioranza dei presenti.

Venne quindi nominato il seggio definitivo eleggendo fra i segretari il dott. Bobone, di San Remo, che era il segretario generale del Congresso di Firenze.

Lette le adesioni, le rappresentanze, ecc. la seduta è tolta.

Nelle ore pomeridiane incominciarono le comunicazioni scientifiche, e fra queste ve ne è stata una importante del prof. Gradenigo, di Torino, proponente un modo uniforme di misurazione dell'udito nelle persone offese da malattie auricolari.

In questo Congresso verrà conferito un premio di fr. 3000 a colui che proporrà un apparecchio semplice e facile a portarsi, destinato a migliorare l'udito nei sordi: i concorrenti sono molti e fra gli altri il prof. Boschetti, di Parma. La Commissione giudicante farà conoscere i risultati del concorso prossimamente.

Una completa esposizione di istrumenti nuovi, e perfezionati, si trova nei locali del Congresso e non si era mai veduto niente di più ricco e completo. Insieme agli istrumenti si ammirano in numerosi banchi e vetrine: modelli, pezzi patologici e preparazioni normali ed artificiali di ogni genere, riferentisi alle malattie degli orecchi, della gola e del naso. Il catalogo solamente di questa esposizione comprende molte centinaia di pagine ed è stato redatto con mirabile chiarezza dai dottori Horne e Cheatle. Questa esposizione solamente compenserebbe il visitatore di aver fatto un così lungo viaggio in questa calda stagione. Il lunedì 7 era festa della Banca (come dicono in Inghilterra) e tutte le botteghe e gli uffizi erano chiusi come nelle domeniche. I londinesi erano andati in gran numero a passare la giornata nelle vicine campagne. Ciò non impedì però che i congressisti ricevessero numerosi inviti nelle case dei colleghi inglesi, che fanno di tutto per rendere gradito il soggiorno in Londra durante questa settimana.

La relazione sulla cura delle *suppurazioni croniche dell' orecchio* è stata delle più interessanti e colla relativa discussione ha durato dalle 10 alle 13 1|2.

I relatori erano Politzer, di Vienna; Mac-Erven, di Glasgow, il fortunato operatore delle complicazioni endocraniche degli scoli auricolarii il Luc, di Parigi; ed il Knapp, di New-York.

Alla discussione hanno preso parte più di 15 o 20 fra i 200 otologisti presenti. Nelle ore pomeridiane vi fu una seduta per le dimostrazioni pratiche e per alcune letture.

La sera del giorno 8, 40 o 45 congressisti ebbero il piacere di essere invitati ad un banchetto indimenticabile in uno dei più ricchi *Clubs* di Londra.

La particolarità del luogo merita di essere ricordata. Fu il tesoriere del Congresso, dottor A. E. Cumberlch che riunì ad una immensa tavola circolare gli amici al *Junior Carltron Club* in Pall Mall. Non parliamo del *menu*, che è cosa secondaria, ma di queste società o *Clubs*, che sono una della specialità di questa metropoli.

Il *Junior Carltron Club* risiede in un immenso palazzo con statue, marmi, pitture e decorazioni indescrivibili: ha mille aderenti e questo numero non può essere sorpassato: per essere ammessi certe volte bisogna aspettare perfino 8 e 9 anni ad i genitori sogliono inscrivere a questi *Clubs* (dove non sono permessi i giuochi d'azzardo) i figli quando sono ancora giovanissimi perchè conviene sempre attendere molti anni prima che vi sia un posto vacante e possa ottenersi l'ammissione.

Al club, era *politico conservatore*, vi è una biblioteca dove si trovano tutti gli Atti del Parlamento inglese fino dalla sua fondazione. Molte volte il club spende somme immense per sostenere la candidatura politica di qualche giovane oscuro, che mostra avere ingegno e qualità oratorie per entrare in Parlamento.

Dopo pranzo si visitò tutto il magnifico Club per il quale la Società paga 250000 lire di pigione all'anno al fortunato proprietario del palazzo.

Vi sono due sale di lettura con tutti i giornali dell'Impero Brittanico e quasi tutti quelli che si pubblicano nel mondo; in una di queste immense sale non è permesso parlare altro che a bassa voce, per non disturbare il raccoglimento dei lettori.

Terminò la serata con un concerto, con ricco buffet, offerto ai congressisti nello splendido locale del King's Hall; dove suona una numerosa orchestra, e dove intervennero, oltre gli otologisti, anche molte signore della società londinese.

GAZZETTINO

VIENNA. *Società dei medici invalidi di Vienna.* —In una seduta di questo sodalizio, il dott. Adolfo Klein, parlò della importanza acquistata dal medesimo. Il dott. Ignazio Weiss e il cassiere dottor Eduardo Fischer fa un esatto resoconto dello stato della cassa sociale, ed infine accenna ai

vantaggi che nei sanatorii austriaci hanno i medici del sodalizio in ispecie a Karlsbad.

VIENNA. *Nuovo istituto di fisiologia.*—Il vecchio istituto fisiologico del prof. Exner si è demolito e già è sorto il nuovo bellissimo e sorge all'ala destra del nuovo fabbricato della Währingstrasse. Su di una finestra vi è la statua di Apollo, collo scritto: *Doctrina fundamentum artis*, ai suoi due lati vi sono due gruppi in rilievo di cui uno rappresenta la fisica e l'altro la chimica.

VIENNA. *Sezioni sanitarie nell' I. R. Ministero dell'interno.* Il dott. Emanuele Ritter v. Kusy, è stato nominato capo sezione nel Ministero dell'interno, reparto sanitario, mentre i consiglieri di sezione dott. Daimer, Illing e Melchar, avrebbero le funzioni di capi dipartimenti della medesima sezione. I dipartimenti sono tre Xa, Xb, Xc. Il primo dipartimento (consigliere dott. Daimer) si occupa della polizia sanitaria nel senso stretto, e della statistica.

Il dipartimento Xb (consigliere dottor Illing) si occupa degli istituti curativi e degli ospizi di beneficenza, nonchè del servizio sanitario.

Il dipartimento Xc (consigliere dott. Melchar) si occupa dei farmaci, e delle compagnie di assistenza sanitaria.

VIENNA. *Corso d'igiene.* — In vista della importanza delle igiene l'I. R. Ministero dei Culti ha indetto un corso sistematico di « Igiene applicata alle professioni, e malattie inerenti alle medesime ». Il dott. Leopoldo Freund è stato chiamato a dettare le lezioni all'uopo.

VIENNA. *Consiglio superiore di sanità*—Il 22 luglio di quest'anno il Consiglio superiore di sanità si è riunito in seduta ordinaria ed ha discusso in primo luogo sulle notizie che si sono avute della peste bubbonica che fa strage in Egitto e nell'Asia; nonchè sui pericoli di contagio di cui sono minacciati i singoli stati europei. Indi il prof. Exner riferì sulla importanza della installazione degli apparecchi Röntgen per la radioscopia nelle case di salute. I professori Kratschmer, Ludovig e Gruber riferiscono sulle sofisticazioni della birra, dell'aceto e di altri generi annonarii, adulterazioni che spesso si osservano in commercio e dalle quali bisogna guardarsene poichè talune di queste sostanze che si usano per adulterare riescono di danno alla salute. Pertanto bisogna aumentare la sorveglianza dei rivenditori di generi alimentari di liquori etc. Infine per iniziativa di alcuni membri del Consiglio è messa all'ordine del giorno una proposta su la sistemazione delle stanze mortuarie.

VIENNA. *La salute publica.* — La salute publica a Vienna non è stata nel mese passato così ottima come negli anni scorsi. Sopratutto si è avuto gran numero di malattie del respiro. Nella casa di salute viennese sono stati ricoverati 6489 infermi. Il numero delle malattie infettive è stato di 2846 di cui 226 di scarlattina, 201 difterite e crup, 1615 morbillo, 323 pertosse. Il numero totale dei morti è stato di 2836.

VIENNA. *Statistica.*—Dal 2 luglio all'8 luglio 1899, si sono avuti a Vienna i seguenti dati: Numero dei nati: 799 di cui 544 legittimi e 255 naturali. Numero dei morti: 586, fra questi: 117 di tubercolosi, 11 di morbillo, 5 di scarlattina, 2 di difterite e croup, 1 di pertosse, 36 di neoformazioni.

Dal 9 al 15 luglio 1899, furono ricoverati all'ospedale civile di Vienna 6200 persone, delle quali ne sono morti 164 (10 0|0).

In questo lasso di tempo sono stati denunziati i seguenti casi di malattia: 45 casi di difterite, 11 di oftalmia egiziana, 5 di tifo addominale, 14 di varicella, 48 di scarlattina, 264 di morbillo, 53 di pertosse, 42 di erisipela, 3 di febbre puerperale, 7 di roseola.

Nella stessa settimana sono morte a Vienna 586 persone (55 meno della precedente).

Nell'ospedale civile di Vienna, vennero ricoverati dal 16 al 23 luglio 1899, 6009 individui. Di questi 1353 vennero licenziati, 153 morirono e ne rimasero in cura 4503; la mortalità dunque è stata del 10 0|0. Di malattie infettive in tutta la città ne sono state denunziate quanto segue: 48 casi di difterite, 1 di tracoma, 11 di tifo addominale, 1 di dissenteria, 15 di varicella, 38 di scarlattina, 290 di morbillo, 43 di pertosse, 30 di erisipela, 9 di febbre puerperale, 1 di roseola.

Negli ospedali civili di Vienna furono curati, dal 24 luglio fino al 30 luglio 1899, 5912 individui di cui 1385 furono licenziati, 133 morirono e 4394 rimasero in cura. La mortalità è dell'8,76 0|0. Nello stesso periodo di tempo furono denunziati: 21 casi di difterite, 1 di tracoma, o di colera, o di tifo petecchiale, 6 di tifo addominale, o di dissenteria, o di vaiuolo, 17 di varicella, 39 di scarlatina, 141 di morbillo, 32 di tosse convulsiva, 20 di erisipela, 5 di febbre puerperale, 1 di rosolia, o di parotite epidemica, o di meningite cerebro-spinale.

VIENNA. *Ingrandimento dell' Ospedale Rotschild.* — Da lungo tempo il barone Alberto Rolschild ha avuto l' idea di ingrandire l' ospedale viennese che porta il nome del suo casato. L' ospedale è capace di 100 letti, pertanto egli ha progettato di aggiungerne altri 50 e di far costruire una nuova sala di osservazione.

Contro questo progetto hanno ricorso il Consiglio di stato, il Comitato distrettuale etc., ed il ministero dell'interno ha accolto il ricorso, rimandando a miglior tempo l'ingrandimento di tale ospedale.

VIENNA. *Per i malati poveri.* — La *Wiener Zeitung* pubblica un'ordinanza ministeriale fissante al 1° ottobre l'entrata in vigore dell'accordo austro-italiano riguardo al soccorso gratuito reciproco per i malati poveri.

BUDAPEST. *Il colera.* — Il governo ungherese mandò due batteriologi a Szentes dove sono scoppiati due casi di colera asiatico. I colpiti vivono ancora.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Azione fisiologica ed indicazioni della ginnastica curativa meccanica

L'importanza degli esercizi muscolari o del movimento in genere tanto nei sani quanto in individui affetti da diverse malattie nervose è stata tenuta finora in poca considerazione, quantunque da nessun medico sia negata. La ginnastica curativa non è nuova; nondimeno ha subito solo in questi ultimi anni un notevole incremento, sopratutto in Svezia, e poi anche in Germania, dove è già sorto un buon numero di Istituti di terapia meccanica.

B. Tschlenoff (*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie* Bd III, H 4, 1899) osserva che molto spesso le indicazioni del medico pratico si limitano a consigliare all'infermo il moto, il passeggio. Certamente col passeggio l'individuo, oltrechè godere dell'aria libera e mettere in attività la funzione respiratoria, fa esercitare ad un tempo molti muscoli. Nondimeno il passeggio ha il suo lato debole e spesso non fa raggiungere lo scopo che si desidera. Se il passeggio è breve, non giova; se è lungo, esso può essere tollerato solo dalle persone sane e forti, nuoce agli individui deboli ed a quelli abituati ad una vita sedentanea, specie quando non hanno opportunità di riposarsi durante il passeggio stesso. Lo svantaggio principale del passeggio sta in questo che esso costituisce un movimento troppo unilaterale e che la massima parte dei muscoli non entra in funzione, mentre quella degli arti inferiori e della nuca lavorano eccessivamente. Lo stesso può dirsi di alcuni esercizii sportivi, ciclismo, scherma, equitazione ecc. Altri sports, come il nuoto, il law - tennis ecc. sono a questo riguardo più raccomandabili, perchè importano un esercizio muscolare più complesso, ma anche in questi non sempre può evitarsi l' affaticamento e l' eccessiva stimolazione del cuore.

Molto più razionale a scopo medico è la ginnastica libera, non quella al comando, la quale ultima ha per effetto una grande perdita momentanea di energia e si conviene poco per le persone deboli ed avanzate in età, potendo d'altra parte essere nociva anche perchè cercando di sviluppare molta forza negli arti inferiori, facilmente la cassa toracica vien fissata e la respirazione ostacolata. Nella ginnastica libera, se eseguita opportunamente, si tratta di movimenti metodici delle diverse parti del corpo, in modo che parecchi muscoli vengono messi in movimento, e così pure parecchie articolazioni, e nello stesso tempo viene stimolata l'attività degli organi interni. Esercitata abitualmente la ginnastica, rinvigorisce l'organismo e dà eleganza e sveltezza al corpo. Quindi la ginnastica è in primo luogo efficace a rimuovere quegli stati morbosi che sono effetto di mancanza di movimento. La ginnastica metodica fu inaugurata da uno svedese, Enrico Ling, e detta perciò anche ginnastica svedese. Il principio fondamentale da cui questa è regolata consiste in questo, che i movimenti e gli esercizii muscolari sono sempre eseguiti vincendo resistenze esterne che possono essere al bisogno aumentate o diminuite. Questi movimenti si dicono movimenti di resistenza e tutto il sistema di ginnastica svedese, ginnastica di resistenza. La differenza tra questa e la ginnastica libera, in cui i movimenti sono eseguiti sempre con la stessa forza, sta in questo, che con l' aumentare della resistenza deve accrescersi anche la funzione del muscolo. Ciò è importante, perchè aumentando gradatamente la funzione muscolare, i muscoli si rinforzano e si sviluppano e nello stesso tempo viene favorita la circolazione e la distribuzione del sangue. La resistenza, secondo Ling, è fatta da una seconda persona che, nel linguaggio della ginnastica svedese, è colui che dà il movimento, mentre il paziente è colui che prende il movimento. Poichè chi dà la resistenza impiega a tal uopo le braccia, così la ginnastica svedese è detta anche ginnastica di resistenza manuale. E poichè questo metodo tien conto della disposizione anatomica e dell'azione fisiologica dei muscoli così questi vengono esercitati isolatamente, non a gruppi più o meno numerosi, come succede nei diversi generi di sport e nella ginnastica ordinaria. Inoltre sta in facoltà di chi dà il movimento accrescere o diminuire la resistenza per modificare il grado del lavoro muscolare. Ne segue la possibilità di potere graduare più o meno esattamente i movimenti e gli esercizii muscolari in condizioni morbose, quando si tratta di individui deboli od avanzati in età.

La ginnastica curativa meccanica è venuta subito dopo la svedese. Essa ha i vantaggi di questa, ma risponde in modo più completo alle esigenze scientifico-terapeutiche della ginnastica curativa. L'inconveniente della ginnastica svedese è che la resistenza, la quale ha la massima importanza, viene esercitata da u-

n'altra persona, il cui compito è abbastanza difficile, perchè deve conoscer bene la forza e la capacità muscolare dell'individuo assoggettato alla cura e poi deve avere conoscenza esatta pure della sua propria forza muscolare e saperla regolare secondo il caso, ed all'uopo mantenerla costante per un certo tempo. Dippiù deve esser tenuto in considerazione il fatto, che se uno stesso individuo ha in cura nello stesso giorno parecchi infermi, egli finirà per stancarsi fisicamente e psichicamente.

La ginnastica curativa meccanica è tutta opera di Zander, medico svedese, a cui si deve una serie di apparecchi ed anzi un sistema completo medico-meccanico, che mette in grado di applicare in modo fisiologicamente scientifico i precetti della ginnastica curativa. Il principio è lo stesso del metodo di Ling, se non che la resistenza è data per via meccanica. Gli apparecchi di Zander si distinguono in quelli per i movimenti attivi, quelli per i movimenti passivi, quelli per le influenze meccaniche (scosse, stiramenti ecc.) e gli apparecchi ortopedici. Di questi quattro gruppi il primo è il più importante, perchè soddisfa al compito essenziale della ginnastica curativa, cioè l'esercizio muscolare con i suoi effetti, rinforzamento e sviluppo dei muscoli, miglioramento della circolazione per dilatazione dei vasi dei muscoli ed acceleramento della corrente sanguigna. Il principio generale su cui è fondata la costruzione degli apparecchi per i movimenti attivi è questo, che per ogni gruppo muscolare delle braccia, delle gambe e del tronco esiste uno speciale apparecchio che vien messo in movimento dalla contrazione del rispettivo gruppo muscolare. La resistenza che la contrazione dei muscoli deve vincere è costituita da un peso determinato che scorre su di una lunga leva provvista di una scala esattamente misurata e che può essere fissata mediante una vite a qualsiasi punto della leva. La resistenza è dunque rappresentata da una leva caricata, la quale costituisce quasi una bilancia i cui pesi possono essere esattamente valutati. I vantaggi di questa disposizione sono questi, che la resistenza e quindi la forza del movimento muscolare può essere dosata esattamente e per dir così pesata su di una bilancia: la forza impiegata nei movimenti può rimanere costante nei diversi giorni o può essere aumentata o diminuita: nel corso stesso di un esercizio muscolare la resistenza può essere gradualmente aumentata.

Gli apparecchi per i movimenti passivi hanno lo scopo non di esercitare i muscoli, ma di mettere in movimento, mediante una forza esterna, le diverse parti del corpo, specie le articolazioni rigide, e sono indicati poi nei casi in cui, almeno in principio, si vogliono evitare i movimenti attivi, come nei malati di cuore, ed in molti altri casi in cui il loro uso viene alternato con quello degli apparecchi per i movimenti attivi. Un'altra serie di apparecchi è destinata alle azioni meccaniche, ossia al massaggio meccanico, il quale ha importanza come metodo che completa il massaggio manuale, ma non può sostituire l'*effleurage* e la frizione che debbono essere eseguiti con la mano. Degli apparecchi destinati al massaggio meccanico il più importante è l'apparecchio a scossa, che trova la sua indicazione in diversi stati morbosi, come nei cardiaci, nella stitichezza abituale, nella sciatica ecc.

Gli apparecchi per i movimenti passivi e per le azioni meccaniche sono posti in azione da un motore a vapore od elettrico.

Anche nel campo dell'ortopedia Zander ha costruito una serie di ingegnosi apparecchi.

Sull'azione fisiologica del lavoro muscolare abbiamo ancora conoscenze scientifiche poco esatte; nondimeno sono stati affermati alcuni criteri fondamentali che ci autorizzano a prescrivere il lavoro muscolare ossia la ginnastica meccanica tanto a scopo dietetico-profilattico nei sani, quanto a scopo terapeutico in diverse malattie.

In primo luogo il lavoro muscolare ha importanza per la sostanza stessa del muscolo, il quale ha bisogno del lavoro non solo per rinforzarsi, ma anche per non diminuire di volume. Il lavoro muscolare ha pure influenza sulla circolazione e sulla distribuzione del sangue nei muscoli. È stato da lungo tempo dimostrato che un muscolo durante il lavoro contiene più sangue, che circola più rapidamente che durante il riposo. La maggior copia di sangue che affluisce al muscolo che lavora viene sottratta agli organi interni, e quindi il lavoro muscolare ha un'azione derivativa o depletiva. In tutti i casi perciò di iperemia degli organi interni è indicata la ginnastica.

Il maggiore afflusso di sangue nel muscolo in attività è dovuto a dilatazione riflessa dei vasi muscolari, specie delle piccole arterie e dei capillari. Si ha per conseguenza una diminuzione della tensione vasale e delle resistenze periferiche, ossia delle resistenze maggiori che il cuore deve vincere: la circolazione sanguigna viene così facilitata ed accelerata.

Inoltre non havvi alcun dubbio che il lavoro muscolare si accompagna ad aumento del consumo di ossigeno e dell'eliminazione di acido carbonico, donde aumento dei processi di ossidazione e del consumo del grasso nel corpo: dippiù aumenta la perdita di acqua dell'organismo e la eliminazione dell'urina si fa più abbondante perchè l'accresciuta attività cardiaca importa un aumento dell'attività renale, in modo che tutto il ricambio materiale viene accelerato dal lavoro dei muscoli.

Un'intima relazione esiste pure tra l'attività muscolare e la respirazione. Durante il lavoro muscolare, specie se eccessivo, gli atti respiratori aumentano in numero e profondità. Ciò si spiega in parte per l'aumento di acido carbonico nel sangue e per la stimolazione riflessa che esso esercita sul centro respiratorio. La profondità e la frequenza del respiro influiscono poi favorevolmente sulla circolazione, in

quanto che, per la pressione negativa che si produce nel torace durante le profonde inspirazioni, il sangue venoso viene aspirato nel cuore destro e quindi anche il circolo arterioso viene facilitato ed accelerato. Inoltre per la accresciuta profondità degli atti respiratori, la circolazione e la nutrizione dei polmoni migliorano, e l'aria perviene anche in quelle sezioni di polmone (apice) che a respirazione superficiali funzionano poco o nulla. Infine le profonde e frequenti respirazioni rinforzano i muscoli della cassa toracica ed aumentano lo scambio dei gas respiratori.

Una certa importanza hanno pure le profonde respirazioni sulla circolazione della cavità addominale, perchè le escursioni del diaframma si fanno più ampie e la maggiore pressione che esso esercita sui visceri addominali durante l'inspirazione fa sì che le vene si vuotano più facilmente. Ne viene favorita pure la peristaltica intestinale e l'assorbimento.

Resta a considerare l'influenza del lavoro muscolare sul sistema nervoso, con cui i muscoli stanno in intimo rapporto. Infatti ogni movimento volontario è un atto complesso che consta di un impulso cosciente che parte dal sistema nervoso centrale e si propaga per mezzo del midollo spinale e dei nervi periferici fino ai muscoli che si contraggono. Ogni movimento muscolare volontario mette dunque in azione l'attività nervosa e quindi ogni esercizio muscolare è nello stesso tempo un esercizio nervoso.

Da questo sguardo all'azione fisiologica del lavoro muscolare si vede che esso può avere azione favorevole su diversi organi e funzioni, e se ne desumono le varie indicazioni. La prima è l'indicazione dietetica od igienico-profilattica, allo scopo di mantenere lo stato di salute e di rinforzare e sviluppare completamente il sistema muscolare e nervoso, migliorare lo stato della respirazione, della digestione ecc.

La seconda indicazione della ginnastica curativa è data dalle affezioni chirurgiche delle articolazioni, delle parti molli e delle ossa, costituirebbe cioè la cura consecutiva di lesioni diverse, fratture, contusioni, lussazioni, infiammazioni croniche ecc.

Un'altra indicazione è data dai disordini circolatori generali e dalle malattie cardiache. Da lungo tempo è invalso il principio del riposo assoluto nelle malattie di cuore. Fu Oertel il primo a dimostrare che le paure dei medici per il movimento erano infondate od esagerate. In seguito è stata applicata anche la ginnastica svedese alla cura delle malattie cardiache, essa ha trovato però poca accoglienza, sebbene richiegga minori sforzi muscolari della cura di Oertel. Infatti il salire sulle alture, come quest'ultimo consiglia, può implicare uno sforzo eccessivo del cuore debole, ed è osservazione comune in molti cardiaci che il polso si fa molto frequente ed irregolare al minimo sforzo. Col metodo di Zander ciò viene evitato, cominciando la cura con movimenti passivi e passando poi ai movimenti attivi graduali, che hanno lo scopo di facilitare la circolazione periferica e diminuire le resistenze. Queste pratiche non hanno per effetto alcuna reazione da parte del cuore.

La ginnastica curativa trova la sua indicazione pure nelle malattie del sistema nervoso ed in primo luogo in alcune nevrosi, come isterismo, neurastenia, corea minore, e poi anche negli spasmi e nelle diverse nevrosi professionali, nelle nevralgie, nelle paralisi spinali e periferiche, nella tabe ecc.

Più empirico che strettamente scientifico è l'impiego della ginnastica curativa nei disordini generali della nutrizione, nella debolezza generale, nell'anemia, nella polisarcia, nella gotta ecc.

Infine vengono spesso curate con vantaggio con la ginnastica i disordini della funzione digerente ed alcune malattie addominali, le dispepsie, la costipazione cronica, gli emorroidi.

In ultimo va ricordato che la ginnastica curativa non essendo indirizzata contro una determinata malattia o gruppo di malattie, ma contro una serie di malattie estremamente diverse, gli effetti non possono essere diretti nè immediati e perciò non specifici. La ginnastica agisce indirettamente, giovandosi dei poteri naturali dell'organismo risvegliandone le funzioni fisiologiche, i processi normali.

Non bisogna quindi aspettarsi un'azione rapida e momentanea, ma lenta, graduale, manifestantesi dopo settimane o mesi.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE ITALIANE

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo diretta dal prof. I. TANSINI

LE RICERCHE DELL'ULTIMO ANNO SCOLASTICO

Il Prof. Tansini ha provato una *sutura perduta con filo d'oro nella operazione radicale dell'ernia*.

Il lamento di molti chirurgi per la suppurazione prodotta non rarissimamente dai fili di seta nell'operazione radicale dell'ernia tiene desta l'attenzione sopra questo accidente il quale se nella grande maggioranza dei casi non compromette l'esito dell'operazione protrae però la cura e preoccupa il paziente.

Usando le cautele più attente nella sterilizzazione dei fili di seta si può avere molta sicurezza, ma è un fatto che nell'esercizio pratico l'accidente talvolta si verifica.

L'eliminazione dei punti profondi avviene talora molti mesi dopo l'operazione e dopo che la ferita si era riunita *per primam* assoluta: così in un caso fu osservata l'eliminazione di tre punti sei mesi dopo l'operazione mentre fino a quest'epoca la ferita, che si era

riunita per primam ideale, era rimasta chiusa, indolente ed il paziente aveva goduto del più completo benessere.

Si sono ideati in questi ultimi tempi nuovi tipi di sutura metallica con filo d' argento amovibili, ma non hanno incontrato molto favore, e la troppo sollecita rimozione dei punti profondi può compromettere un coalito che, data la qualità dei tessuti avvicinati, ha bisogno d'un sostegno prolungato per potere con vantaggio resistere alla pressione addominale, permettendo al paziente di alzarsi presto da letto.

Il Prof. Tansini pensava se la sostituzione del filo d' oro al filo di seta non potesse evitare assolutamente il lamentato accidente e scelse l' oro che può dare un filo sottile, tenace, flessibile e che perciò può essere, senza alcun inconveniente, lasciato in posto: così che oltre a non allontanarsi nella tecnica dai soliti procedimenti di sutura, si ha il vantaggio di dare durevole sostegno alla riunione.

Per la sutura profonda, montato sopra gli ordinarii aghi curvi chirurgici usò filo più grosso che per la sutura superficiale. Tanto per l'una che per l' altra usò il tipo a punti staccati. Il filo deve essere di oro zecchino e lo si può avere ottimo dalla ditta De Amici, Via S. Sepolcro 7 Milano. Il costo è tenue perchè i capi lunghi che si tagliano vengono conservati e rifusi, e ciò che si lascia è piccola cosa.

Per la fissazione del punto il prof. Tansini provò il nodo ordinario e l' attorcigliamento dei capi col torcifilo e trovò preferibile l'attorcigliamento eseguito però direttamente colle mani senza l' aiuto del torcifilo: così è più spiccia l'azione e di durata pari a quella che esigesi per fare un nodo ordinario. Gli estremi del filo si piegano e, nella sutura profonda, si infiggono nelle carni, per la superficiale, per la grande sottigliezza del filo, basta piegarli di lato.

Per la legatura del colletto si valse tuttavia della seta poichè non aveva mai osservata la eliminazione di questo laccio, ma egli intende anche per questa di usare il filo d' oro dopo che osservò in un caso l'eliminazione del laccio stesso.

L'esperienza fatta finora sopra dieci casi è ottima e si usò la sutura col filo d'oro anche in casi di grosse ernie con larga porta erniaria.

Il dottor Ajello ha studiato un caso di *neoplasma primitivo dell'ombelico* sotto il punto di vista istologico e genesico. In numerose preparazioni microscopiche potè sorprendere e seguire gradatamente tutte le fasi evolutive del neoplasma, il quale traeva origine da certi tuboli ghiandolari rivestiti di uno strato di cellule cilindriche, e dentro i quali in primo tempo si aveva un'attiva proliferazione rigenerativa dell'epitelio e conseguentemente neoformazione di tessuto adenoideo tipico. Accanto a questa fase d'iperplasia ghiandolare si svolgeva quà e là una fase degenerativa cistica a carico principalmente degli stessi tuboli ghiandolari, mentre in molti altri punti era manifesta la trasformazione e la metamorfosi dell'adenoma in epitelioma tubolare o ghiandolare; di modo che la diagnosi istologica di *adeno-epitelioma cistico primitivo dell'ombelico* era perfettamente giustificata.

Ma il punto contraverso consisteva nel riconoscere la genesi del neoplasma, dal momento che quei tubi ghiandolari, pei caratteri speciali forniti dall' epitelio di rivestimento, non potevano considerarsi come elementi anatomici proprî della cicatrice ombelicale, ma dovevano ritenersi come elementi aberranti, e l'Ajello infatti con la guida dell'embriologia li attribuisce a germi, a residui embrionali del dotto onfalo-mesenterico, rimasti inadibiti nella differenziazione dei tessuti della cicatrice ombelicale; erano dunque ghiandole intestinali o di Lieberkühn, che avevano costituito il punto di partenza del presente neoplasma, il quale, e per la sua struttura e per la genesi *embrionale*, costituisce una entità patologica abbastanza rara, e sulla quale mancano le ricerche di altri autori.

Allo stesso D.r Ajello si offerse l'occasione di poter studiare un caso occorso in Clinica di *adenoma sebaceo*, portando così un contributo alla conoscenza della struttura di questa tipica forma morbosa, la quale, benchè appartenga alle rarità, per la sua importanza clinica ed anatomo-patologica, merita giustamente di essere ricordata un po' meglio nei trattati di chirurgia, che finora si sono limitati a non parlarne affatto, oppure ad accennarla appena di sfuggita.

Si tratta di un tumore molto ben circoscritto ed isolato dai tessuti vicini per mezzo di una capsula fibrosa propria, sviluppatosi a poco a poco per lenta, graduale iperplasia delle ghiandole sebacee preesistenti; con gemmazione e

neoformazione consecutiva di acini, i cui elementi riproducono esattamente il tipo delle cellule motrici; con moltiplicazione, allungamento di dòtti escretori, che sboccano alla superficie libera della cute, spesso per lo intermediario dei follicoli piliferi; con formazione di ectasie e di cisti. Tale tumore deve evidentemente classificarsi come un adenoma, che ha abbastanza bene conservata la struttura ed in parte anche la funzione delle ghiandole di origine, cioè delle ghiandole sebacee.

Il D.r Purpura ha studiato sperimentalmente la *legatura della vena cava inferiore* in considerazione di un atto operativo ardimentoso, eseguito dal Prof. Bottini. Questi, asportando in una donna un tumore proveniente dalle ghiandole linfatiche prevertebrali, asportava la parte di cava che giace sul corpo della metà superiore della terza vertebra lombare e metà inferiore della seconda; la mancanza del tratto di vaso fu constatata anche all'autopsia quando, dopo tre anni, l' inferma andò a soccombere nell'ospedale di Pavia per tubercolosi polmonare. Altri casi clinici, rimasti nel campo medico, dimostrano pure la possibilità della vita con la obliterazione della vena cava inferiore.

Gli esperimenti del Purpura sono stati eseguiti tutti sui cani.

Egli ha fatto la legatura nelle diverse sezioni di cava, che va dall'angolo di unione delle vene iliache primitive al fegato.

Osservato però che nella maggioranza dei casi la legatura era causa di morte poche ore dopo l'atto operativo, intraprese per consiglio del Prof. Tansini un altro ordine di esperienze, consistenti nella restrizione in primo tempo della vena con un nastrino di seta o con un tumore di celloidina e nella legatura del vaso stesso in secondo tempo quando il cane era perfettamente guarito. In tal modo sperimentò al di sotto e al di sopra delle vene renali.

Prese a ricercare poi quali vasi pigliassero la funzione di compenso, stabilita l'interruzione del circolo venoso. Iniettò quindi la rete supplementare.

È venuto pertanto alle seguenti conclusioni:

1° In alcuni casi, nei cani e nelle cagne, è possibile la vita con la legatura in primo tempo della cava inferiore in un punto qualunque dall'unione delle vene iliache primitive al fegato, ma assai più difficilmente al di sopra delle vene renali.

2° La stenosi del lume della cava prepara un terreno favorevole all' obliterazione com pleta.

3° L'ufficio di compenso, se l' obliterazione si trova immediatamente al di sotto delle renali, viene assunto dalle vene extra-rachidiane anteriori, dalla utero-ovarica sinistra, dalle ureteriche e in linea secondaria dalle vene delle pareti addominali e dalla mesenterica inferiore; se l'obliterazione si trova al di sopra delle renali, il circolo viene ristabilito dai vasi, appartenenti alla vena, al parenchima ed alla capsula dei reni, dalle vene extra-rachidiane anteriori, da quelle delle pareti addominali e dalla mesenterica inferiore.

4° Anche nell'organismo umano una stenosi della vena cava inferiore prepara condizioni favorevoli alla totale obliterazione del vaso.

Il dott. Zappulla ha continuato le sue ricerche, già incominciate nel passato anno scolastico sulle *resezioni del rene*.

Egli si propone di vedere quanta parte di sostanza renale sia necessaria al mantenimento della vita. Questo argomento che potrebbe avere una grandissima importanza pratica è stato studiato da distinti chirurghi i quali sono venuti a risultati più o meno differenti, ma di molto valore.

Il dott. Zappulla ha sperimentato sui cani praticando prima la resezione di un rene ed asportando dopo un certo tempo l'altro e viceversa, cioè facendo seguire la resezione alla nefrectomia. Ha mantenuto in vita gli animali 15, 20, 30, 60 giorni dopo la seconda operazione e li ha sacrificato in perfette condizioni di salute, avendo notato anche qualche volta un aumento di peso. Fin' ora è venuto alla stessa conclusione del prof. De Paoli, cioè che il rene resecato può benissimo compiere le funzioni di ambedue e che la quantità minima di sostanza renale necessaria alla vita e presso a poco uguale alla metà dell'organo.

Un cane dunque può benissimo vivere con mezzo rene.

Egli però è andato più in là con le sue esperienze: ha resecato più dei due terzi dell'organo mantenendo qualche tempo in vita, gli animali. I risultati di queste ultime esperienze sono molto dubbii, però è più che convinto di potere resecare e con buon esito più della metà dell'organo.

E ciò sarà oggetto di ulteriori ricerche.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

Prof. Raymond

Sclerosi a placche in un bambino

Le difficoltà così considerevoli che solleva in una folla di casi la diagnosi delle affezioni del sistema nervoso sono particolarmente frequenti allorquando queste affezioni si riscontrano nei bambini.

Il malato a cui ora il Raymond fa allusione è un giovane di 10 anni. Questi era di conformazione normale e di buona salute abituale, quando durante l'anno 1896, contrasse la scarlatina. Ammesso nell'ospedale Trousseau, ebbe epistassi abbondanti; poi i quattro arti divennero deboli e cominciò ad aver tremore intenzionale degli arti superiori. La deambulazione avea carattere spasmodico; i riflessi rotulei erano esagerati e si provocava facilmente la trepidazione epilettoide, specie a destra. La parola era intercisa, spasmodica; ci era strabismo senza nistagmo. L'intelligenza pareva intatta. Nessun disturbo della sensibilità. A parecchie riprese il bambino avea avuto evacuazioni involontarie d'urine ed anco di materie fecali, la notte.

Oggi egli pesa Kgr. 17,5; la sua statura misura cm. 99; come unica tara fisica egli ha smisuratamente allontanati gli incisivi mediani. Ha intelligenza normale, mangia e dorme bene.

Esaminandolo all'impiedi, sostenendolo, allarga le gambe, porta il tronco in avanti, le braccia estese a bilanciere, per conservar l'equilibrio. Abbandonandolo a sè, trema nelle gambe, oscilla, e, per riprendere l'equilibrio allontana ancor più le braccia dal tronco. Facendolo girare su sè stesso, esegue questi movimenti con lentezza e difficoltà; trascina la gamba sinistra attorno alla destra, come farebbe un emiplegico. Incitandolo a camminare, progredisce oscillando e titubando, ma non devia dalla retta; mantiene le gambe discoste, i piedi essendo separati per cm. 20. I ginocchi sono rigidi, e, specie il sinistro, si muovono come d'un pezzo.

Più tardi la paralisi spasmodica predomina allo arto inferiore destro; il malato progredisce sempre a piccoli passi ineguali e rapidi; il piede non vuole abbandonare il suolo, poi lo lancia vivamente avanti, facendolo cadere spesso sul margine interno.

Agli arti superiori i movimenti si eseguono con grande vigoria, e lo scopo prefisso è raggiunto dopo un periodo di esitazione. I riflessi del gomito e del polso sono esagerati.

Durante il riposo non si osserva alcun movimento anormale negli arti o nel tronco. Vi ha strabismo convergente sinistro e diplopia; nelle posizioni estreme del campo d'escursione gli occhi sono agitati da movimenti nistagmiformi. Le pupille sono larghe, di diametro uguale e reagiscono bene alla luce ed alla accomodazione. Lo strabismo è funzionale; nulla al fondo dell'occhio.

La lingua è agitata da scosse che producono lo spostamento in massa dell'organo; esse ricordano i movimenti della corea. Precedentemente la parola era scandita ed esplosiva; ora non offre più questi caratteri, solo talvolta è intercisa da inspispirazioni profonde. Tutti i muscoli della faccia si contraggono in modo regolare. La sensibilità è integra ovunque. I riflessi rotulei sono esagerati; vi ha trepidazione spinale di media intensità; i riflessi plantare, cremasterico, addominale sono conservati. Mai, da che è alla Salpêtrière, ha avuto incontinenza urinaria o fecale, mai convulsioni.

Insomma questo ragazzo, dopo la scarlatina, ha dei disordini deambulatorii che dipendono dalla paresi e dalla rigidità degli arti inferiori; tremore intenzionale ai quattro arti, riflessi tendinei esagerati con trepidazione spinale agli arti inferiori; nistagmo dinamico e strabismo funzionale; imbarazzo della parola che si manifesta quando il ragazzo è obbligato a porre una grande attenzione a ciò che dice: una specie di agitazione coreiforme della lingua; incontinenza di urina e di feci ad intervalli irregolari.

Il disordine della deambulazione occupa un posto predominante nel quadro morboso. Esso è l'espressione di una paresi spasmodica. Ora la paralisi spasmodica, limitata agli arti inferiori od estesa ai quattro arti, riassume quasi la stessa cosa, la sintomatologia della tabe spasmodica. Sotto tal nome si é designata un'affezione che ha per sustrato anatomico la sclerosi primitiva dei cordoni laterali. Fra i sintomi di essa figurano l'esagerazione dei riflessi tendinei, la trepidazione epilettoide, e questa specie d'incoordinazione motrice, che si manifesta con movimenti intercisi, quando la mano od il piede si avvicina ad uno scopo determinato; la sensibilità è integra.

Or bisogna riferirsi in questo intermo alla diagnosi della tabe spasmodica? La denominazione di tabe spasmodica si applica ad una sindrome; essa può servire di maschera ad affezioni ed a lesioni organiche molto dissimili. Nel numero di queste affezioni figura precisamente la sclerosi a placche. Quì il tremore intenzionale, il nistagmo dinamico, lo strabismo funzionale, il carattere talvolta esplosivo ed interciso della parola, le scosse coreiformi della lingua, stanno per la sclerosi a placche. Si tratta quindi di una sclerosi a placche?

La malattia è sovraggiunta dopo una scarlatina. Ma conviene qui tenere in conto l'età. La sclerosi a placche è, nei trattati di patologia, rappresentatata come rarissima nei bambini (Erb, Grasset). Il Grasset indicava l'età di sette anni come limite inferiore, raramente raggiunto.

Orbene la sclerosi è lungi dall'essere così rara nell'infanzia come si pretendeva circa 10 anni addietro.

Nel 1883 il Marie ha raccolto 13 casi di sclerosi a placche nei bambini; più tardi però questo

autore trovava questa cifra un po' troppo elevata ed era tentato di riferire alla sclerosi cerebrale lobare o a qualche altra forma di encefalite infantile un buon numero di questi casi attribuiti dagli autori alla sclerosi a placche. Nel 1887 l' Unger riferiva una statistica di 18 casi. Il Moncorvo (1887-1894) ha pubblicato successivamente tre memorie sulla sclerosi a placche infantile, e, basandosi su 7 suoi casi, incrimina l'eredo-sifilide come fattore causale. Però in questi suoi casi la diagnosi è molto discutibile. Il Nolda (1891) ne ha raccolto 26 casi ed ha concluso che questa malattia è molto più frequente nell' infanzia di quanto non si creda. Nel 1892 il Mensi pubblicò una statistica di 26 casi; nel 1893 furono riferiti due altri casi dal Trotzke ed uno da Massalongo e Silvestri. Nel 1895 l' Oppenheim dichiarava che avea visto iniziare in un grande numero di casi la sclerosi a placche nei bambini, e che avea avuto l'occasione di fare tre autopsie, i malati essendo soccombuti tra 13-15 anni. Un'altro caso è stato riferito dal Missen, l'Eichorst riferisce nel 1892 un' osservazione di una madre e di suo figlio, presentanti i sintomi della sclerosi a placche, il bambino avendo avuto il tremore intenzionale fin dai primi mesi della nascita; l'autopsia di entrambi confermò la diagnosi. Già il Pollak nel 1881 avea pubblicato una osservazione di sclerosi a placche congenita. Lo Stieglitz nel 1888 ha pubblicato tre osservazioni un po' discutibili. Il Fürstner (1897) divide la opinione di molti che i sintomi della sclerosi a placche rimontano sempre ad epoca lontanissima della vita.

Il Raymond è d'accordo plenamente con quest'ultima opinione.

Da molto tempo si conoscono degli esempi di sclerosi a placche sovraggiunta dopo un' infezione (tifoide, colera, vajuolo, influenza, ecc.) Nel caso presente l'infezione é stata la scarlatina. Questi fatti corroborerebbero l' opinione del Marie, secondo cui le infezioni debbono essere messe in prima linea nell'etiologia della sclerosi a placche. Questa idea è stata considerata come esagerata dallo Strümpell, il quale, in 24 casi osservati nella sua clinica di Erlangen, non ha visto che un solo caso sviluppato in seguito ad un'infezione. Il Krafft-Ebing era pervenuto a risultati analoghi, dedotti da una statistica di 100 casi.

Nel caso presente non manca nessun sintoma per ammettere la diagnosi di sclerosi a placche, tutto vi ha; anco il nistagmo, su cui il Kum, ha fatto un bel lavoro, basandosi su 20 casi; quest' autore mostra che lo strabismo può esistere nella sclerosi a placche, senza paralisi muscolare: il fenomeno è da lui attribuito alla presenza di placche, sui conduttori che presiedono ai movimenti associati degli occhi: la conseguenza è una vera dissociazione dei movimenti di questi organi.

Ma non esiste qualche altra affezione, alla quale potrebbe pensarsi nel caso attuale? Incontestabilmente è la malattia di Little, la diplegia cerebrale spasmodica infantile, di cui si è preteso di fare l' ultimo vestigio della tabe spasmodica. A molte riprese il Raymond ha avuto occasione di esporre le sue idee sulle affezioni spasmo-paralitiche infantili. La tesi che egli sostiene con altri neuropatologi può enunciarsi così: si ha torto a considerare e descrivere, come tante specie morbose distinte, dei semplici tipi clinici che realizzano in certo modo l'associazione di qualche sintoma, tra i quali dominano la paralisi motrice e la contrattura. Questi tipi, conosciuti sotto il nome di malattia di Little; di paraplegia spasmodica infantile, diplegia spasmodica infantile, di atetosi doppia, si fondano gli uni sugli altri. Così tra le osservazioni pubblicate come esempii di una qualunque di queste affezioni, difficilmente se ne trovano due che si somigliano esattamente. La loro sintomatologia comprende, come elementi primordiali: una paralisi motrice, variabile come grado e come distribuzione, dei fenomeni spasmodici, dei disordini coreiformi, delle manifestazioni bulbari; tra queste figurano precisamente il nistagmo, lo strabismo dinamico, i disturbi del linguaggio. Tutte queste manifestazioni esistono nel malato del Raymond.

Per ciò che concerne in particolare la diplegia cerebrale spasmodica infantile, essa offre le particolarità seguenti: la paralisi motrice e le manifestazioni spasmodiche occupano i quattro arti, la loro intensità va decrescendo dal basso in alto; l' elemento spasmodico può predominare sull' elemento paralitico ed allora la deambulazione resta possibile, ma riveste il carattere spasmo-paralitico, così come nel malato presente.

Si tratterebbe quindi di una diplegia cerebrale infantile? La cosa è possibile, ma pare poco verisimile. La diplegia cerebrale spasmodica infantile appartiene quasi sempre ad un'epoca molto vicina alla nascita; essa è la conseguenza abituale di un'affezione intra-uterina o di una distocia, di un parto laborioso.

Niente di simile si può rilevare nei commemorativi dell'ammalato presente. Senza dubbio però esistono delle eccezioni a questa regola: si è vista la diplegia cerebrale spasmodica infantile svilupparsi più o meno lungamente dopo la nascita, in seguito ad una malattia infettiva; ma ciò è un'eventualità eccezionale. In secondo luogo, nei casi di diplegia cerebrale spasmodica infantile si osservano al titolo di epifenomeni frequenti, abituali, delle malformazioni craniensi, asimmetria facciale, impianto vizioso dei denti, disturbi della mimica, un arresto dell'intelligenza che può andare fino all'idiozia, il mutismo, la sordità. A dir vero tutto ciò può mancare: non si saprebbe insister troppo sul polimorfismo che si rileva nella sintomatologia della diplegia cerebrale spasmodica infantile e di altre forme di affezioni spasmodiche della giovine età.

Che talvolta possano esistere delle difficoltà e-

normi nella diagnosi differenziale della diplegia cerebrale spasmodica infantile e la sclerosi a placche infantile, lo provano queste due osservazioni riassunte, dovute a Freud ed al Naef. La prima, del Freud, concerne una bambina di 7 anni, che non avea cominciato a parlare se non a 18 mesi, ed a camminare a 3 anni. A 2 anni e mezzo, ebbe la difterite, per la quale si fu costretti a tracheotomizzarla. Già precedentemente ella avea un po' di tremore nelle mani; dopo la difterite il tremore aumentò; l'inferma avea presentato una paralisi transitoria del velo del palato. Ad un primo esame la ragazza pareva d'intelligenza normale; parlava con voce lenta, monotona, un po' nasale. Le pupille, molto larghe, reagivano pigramente; non c'era nistagmo. I muscoli della faccia si contraevano bene tanto a destra che a sinistra. La forza muscolare lasciava a desiderare. La lingua era agitata da tremore; agli arti superiori i movimenti intenzionali provocavano un tremore a scosse rapide, simile al tremore della sclerosi a placche; di più c'era vera atassia nelle braccia. Gli arti inferiori erano un po' rigidi; i riflessi rotulei erano esagerati; esisteva la trepidazione spinale. In certi momenti la deambulazione era un po' titubante; il segno di Romberg faceva difetto. Sotto l'influenza dell'elettricità, lo stato della bambina sembrò migliorare. Il Freud ha creduto di dover rettificare la diagnosi di sclerosi a placche, perchè la bambina, gemella, era nata dopo un parto laborioso; il tremore esisteva pria della difterite; infine, la sintomatologia, relativamente complessa, non comprendeva che un piccolissimo numero di sintomi appartenenti alla sclerosi a placche.

L'osservazione del Naef concerne un bambino di 4 anni, nato al 7° mese; dopo la nascita presentava un certo grado di debolezza agli arti inferiori. La sua intelligenza era rimasta in ritardo; la mimica era meno animata a destra che a sinistra; la parola era lenta, monotona. Vi era strabismo convergente a destra; agli arti superiori si notava un po' di rigidità; gli arti inferiori erano quasi permanentemente in leggera flessione. I movimenti passivi si eseguivano assai facilmente; solo l'adduzione del piede destro era difficile. I movimenti attivi erano pesanti, incerti. Il bambino non poteva camminar solo, ma si aiutava con i quattro arti; condotto, sostenuto, la sua deambulazione era spasmodica; i riflessi tendinei erano assai esagerati. Il prof. Wyss diagnosticò una sclerosi a placche, in considerazione della bradilalia, della leggera paresi facciale, della paraplegia spasmodica. Il Freud ha contestato la legittimità di questa diagnosi, fondandosi sulle tre circostanze seguenti: nascita pria del termine, strabismo, rigidità a disposizione paraplegica.

Infine, recentemente il Pineles ha presentato al Club medico di Vienna (1898) una ragazza di 15 anni, che soffriva convulsioni fin da due anni. Più tardi gli arti del lato sinistro erano stati invasi da un tremore che sussisteva ancora all'epoca della presentazione, che aumentava sotto l'influenza dei movimenti intenzionali, e s'accompagnava a scosse coreiformi atetosiche. Il Pineles diagnosticò paralisi cerebrale infantile.

Nel caso presente il Raymond rigetta la diagnosi di diplegia cerebrale spasmodica, perchè il ragazzo è nato a termine, con parto facile ed è stato normalmente conformato al momento della nascita. Si è bene sviluppato sino a 6 anni, epoca nella quale contrasse la scarlattina. Attualmente ancora non presenta alcun ritardo di sviluppo intellettuale, alcuna malformazione cranica. Nessuno dei sintomi è straniero all'espressione clinica della sclerosi a placche. A dir vero essi figurano egualmente nella sintomatologia della diplegia cerebrale spasmodica. Tuttavia il tremore intenzionale a grande ampiezza, che si riscontra in questo ragazzo, è raro nella diplegia cerebrale spasmodica.

Di conseguenza il Raymond inclina verso la diagnosi di sclerosi a placche, senza pronunciarsi però categoricamente.

Qualunque sia la diagnosi, la prognosi è identica: in entrambe si hanno poche probabilità di una guarigione completa o di un miglioramento durevole. Nella diplegia cerebrale spasmodica infantile non si può nulla sulla paralisi, sullo spasmo; non si possono che attenuare le conseguenze mediante le risorse dell'ortopedia e della meccano-terapia. Si è quasi impotenti contro la sclerosi a placche. Però in questi ultimi tempi si è rappresentata quest'affezione come curabile. È certo che tra mezzo alle placche di sclerosi il cilindrassile persiste integro, e si sa che la fibra nervosa è suscettibile di rigenerarsi, fin che esiste il cilindrassile. Però si sa che l'isterismo, la neurastenia possono simulare la sclerosi.

In un caso terminato con la guarigione, il dubbio relativo alla legitimità della diagnosi è sempre permesso, essendo assente il controllo anatomo-patologico. Checchè ne sia, poichè nel caso attuale l'ipotesi più verisimile è che si tratti di una sclerosi a placche, il Raymond curerà il caso come tale. Egli non usa il nitrato di argento, preconizzato dallo Charcot, perchè non gli ispira fiducia, convinto che non gli darebbe se non insuccesso. Preferisce di dare il joduro di potassio o di sodio, a piccole dosi progressivamente crescenti, associato ad una cura elettroterapica (galvanizzazione del midollo con correnti deboli), ai bagni tiepidi prolungati. (*La Presse mèdicale*, n. 62, 5 agosto 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall' 8 al 12 agosto 1899

I

Richelot (relatore). **Valore relativo dell' antisepsi e dei perfezionamenti della tecnica, nei risultati attuali della ginecologia operatoria.** — In quanto riguarda la prima parte dell'argomento, si scaglia contro gli antisettici, poichè essi sono pericolosi e dippiù insufficienti, come lo hanno mostrato molti batteriologi. Il miglior sistema di sterilizzazione è il calore. Nata in Francia nel laboratorio di Pasteur, l'utilizzazione del calore per distruggere i microbi, per sterilizzare gli istrumenti, la medicatura, etc. ci dà dei risultati che si avvicinano pressochè alla perfezione.

Il calore quindi è il più potente dei mezzi antisettici ed oggi in ginecologia più che altrove, se ne ricavano immensi vantaggi. Relativamente alla tecnica dobbiamo dire che all' epoca nostra si ha diremo così, una pullulazione di istrumenti d'ogni genere, che pretendono rispondere ai bisogni dello operatore, facilitarne i movimenti mentre invece poi riescono ad intralciargli la via. Pochi strumenti e i veri necessari. Abbondanza sopratutto di pinze emostatiche, le quali oltre che ad evitare le perdite eccessive di sangue; mantengono la nettezza del campo operatorio, in modo da poter seguire con precisione e metodo un piano di operazione definito. Una invenzione di primo ordine a cui dobbiamo rendere omaggio è quella del piano inclinato, la posizione cioè di Trendelenburg, la quale ha reso le laparotomie più facili e più sicure. Oggi la chirurgia e la ginecologia in ispecie, ha delle tendenze conservatrici, ciò che mostra un vero progresso nell'arte. Per conservare l'integrità assoluta o relativa delle funzioni si preferiscono oggi da quasi tutti gli operatori, le fini resezioni, le ablazioni parziali, le suture che avvicinano i tessuti e ricostruiscono gli organi.

Schauta. **Cura chirurgica dei fibromi.** — Alla cura operativa nei fibromi si deve ricorrere quando gli inconvenienti a cui essi dànno luogo, non cedono alle altre cure. L'isterectomia totale vaginale deve esse considerata come l'operazione la più sicura, e che offre le più grandi probabilità di successo. Si pratica in tutti i casi in cui il tumore non sorpassa l'ombelico e può essere spinto nel piccolo bacino. Per i grandi miomi poco mobili, e in quelli interamente o in parte intralegamentosi è da adottarsi l'isterectomia addominale. L'amputazione sopravaginale con trattamento estraperitoneale del peduncolo, è da raccomandarsi come operazione di urgenza, in certi casi di anemia grave, asfissia debolezza di cuore, suppurazione o necrosi del tumore, e per la prestezza e la facilità della sua esecuzione di cui importa tener conto. Il raschiamento essendo un mezzo incerto e non privo di pericoli, non si può impiegare che in principio di certi casi di degenerazione miomatosa. Per eliminare ogni pericolo di setticoemia o di essudazione, il drenaggio della ferita sopravaginale, nella isterectomia totale, vaginale e addominale è di un gran valore. Quanto ad affermare che l'ablazione delle ovaie deve accompagnare l' isterectomia totale vaginale o addominale, la quistione non è stata ancora decisa.

Doyen (relatore) si occupa dello stesso argomento e viene alle seguenti conclusioni:

1° La cura chirurgica dei fibromiomi deve consistere nella loro ablazione. 2° L'estirpazione bilaterale degli annessi, colla laparotomia è generalmente abbandonata e non ha indicazione che come complemento della ovariotomia, quando esistono fibromi uterini che non determinano sintomi gravi. 3° L'ablazione dei fibro-mioma deve farsi per la via vaginale quando l' operazione è facile per questa via. 4° La laparotomia è preferibile, quando l'isterectomia vaginale sembra che debba presentare delle difficoltà reali. 5° I grossi tumori interstiziali si estirpano collo spezzettamento losangico. 6° La miomectomia e l'isterectomia vaginale devono essere praticate con l'emisezione anteriore semplice, o a V dell'utero. 7° L' ablazione dei grossi fibromi peduncolati mercè la laparotomia, presenta le sue indicazioni speciali la miomectomia addominale, non è che raramente indicata. 8° L'operazione di scelta per i fibromi interstiziali multipli e voluminosi è l' isterectomia addominale totale con decorticazione sotto peritoneale del segmento inferiore dell'utero, con chiusura del peritoneo pelvico.

TERAPIA MODERNA

La dieta grassa e la motilità dello stomaco

Questo tema non è stato ancora particolarmente studiato. Alcuni esperimenti fatti da Kypke-Burchardi hanno sfiorato la quistione senza risolverla, e pare che ci sia a questo riguardo un contrasto fra gli esperimenti negli animali e l' osservazione a letto dell'ammalato, perchè si è visto che l'abbondante introduzione di grasso negli animali è fino ad un certo punto controindicato, mentre nell' uomo raramente le grandi quantità di grasso introdotte nello stomaco ne danneggiano la motilità.

In un lavoro di Strauss ed Aldor sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale in seguito all'uso abbondante di grassi, gli autori hanno trovato che grandi quantità di grasso, usate per lungo tempo, in certe circostanze possono influire sfavorevolmente sulla motilità dello stomaco, ma solo in modo temporaneo. Gli esperimenti di Zawilski

e di Frank nei cani non possono essere nei loro risultati applicati all'uomo. Matthes, al pari dei due ultimi autori, sperimentando pure negli animali, trovò che il grasso o l'alimentazione contenente molto grasso può rimanere lunghissimo tempo nello stomaco. Dopo questi risultati era desiderabile che queste ricerche fossero ripetute nell'uomo, e ciò ha fatto ultimamente H. Strauss (*Zeitschrift für diätetische und physicalische Therapie*, Bd. III, H 4, 1899). Egli si è proposto di studiare se veramente il grasso ha un' azione sfavorevole sulla motilità dello stomaco ed in qual grado; il modo come si comporta un' alimentazione contenente poco grasso ed una che ne contenga molto in uno stomaco già insufficiente; se le funzioni intestinali ed il ricambio materiale si modificano, quando per lungo tempo si faccia uso di grande quantità di grasso; infine l'influenza dei fattori succennati in uno stomaco la cui motilità è indebolita, ma non fino al grado di una vera insufficienza motrice. Il primo risultato ottenuto fu che il grasso del latte non ostacola in modo apprezzabile la motilità dello stomaco e nello stesso tempo che i singoli componenti del latte, soggiornando nello stomaco, non vengono assorbiti contemporaneamente. Nell'insufficienza motrice dello stomaco l'alimentazione grassa viene tollerata, senza che si manifesti alcun disturbo subiettivo da parte dell'infermo, anche se in questo tempo si tralasci la cura speciale della malattia gastrica. La motilità dello stomaco a giudicare dall'aumento del peso del corpo e dalla mancanza di disordini gastrici, non soffre per una dieta grassa più o meno abbondante. In conchiusione l' alimentazione grassa nè fa migliorare nè fa peggiorare lo stato della insufficienza motrice dello stomaco, quando essa esiste. Invece migliora notevolmente lo stato di nutrizione generale, come è dimostrato dalle ricerche sul ricambio materiale, e migliora la defecazione. Il soggiorno degli alimenti nello stomaco non viene prolungato sotto l'influenza di grandi quantità di grasso, quando queste sieno fra certi limiti e si scelga la specie e la forma del grasso che si adopera (grassi del latte).

Sicchè, eccettuando i casi di iperacidità in cui il grasso può avere influenza sulla curva secretiva, anche nei casi di diminuita motilità dello stomaco si può prescrivere con la dovuta cautela un' alimentazione ricca di grasso e tanto più che il grasso non soggiace ai processi di decomposizione così facilmente, come gli idrati di carbonio. Ciò vale non solo per gli ammalati di stomaco, ma per tutti quelli in cui è indicata l'introduzione abbondante di grasso, specie nei febbricitanti, nei diabetici, nei tubercolotici.

Quantunque Vollaud affermi che le cure di ingrassamento nei tisici possono facilmente condurre all'insufficienza motrice dello stomaco ed alla dilatazione, pure si trova in molti tubercolotici sottoposti per lungo tempo ad una dieta grassa abbondante, che la motilità dello stomaco non ne ha sofferto per nulla.

Anche sotto un altro punto di vista può giudicarsi che il grasso non può avere un' influenza molto nociva sulla motilità dello stomaco. Valutando il lavoro dello stomaco dal suo effetto utile in calorie, cioè quante calorie di sostanze nutritive il lavoro dello stomaco manda nell' intestino in un determinato tempo, si trova che l'effetto utile dello stomaco, espresso in calorie, quando l'alimentazione è ricca di grasso, non è inferiore a quello che si ha quando gli alimenti contengono poco grasso.

Ma la tolleranza dei singoli individui alle singole specie di grasso è diversa, e ciò dipende da una serie di circostanze, fra cui l' idiosincrasia e l'assuefazione. È noto che il grasso meglio tollerato è quello del latte, perchè è emulsionato e quindi preparato per l'assorbimento, perchè ha un punto molto basso di fusione e perché infine l'organismo si è abituato. Sotto questo riguardo oltre al latte sono bene tollerati i prodotti del medesimo, come la crema, i miscugli di crema e latte ed il latte artificiale di Inworski, contenente grandi quantità di grasso. Sono opportuni pure i miscugli di grasso emulsionato di latte e di zucchero, che si trovano in commercio in forma di latte condensato di Löflund e di Scherff. Degli altri grassi il burro contiene pure grasso emulsionato, ed essendo ricco di oleina il suo punto di fusione è di 30°-35°.

Il latte dunque ed i suoi prodotti (crema, burro) costituiscono il materiale più opportuno quando si vuole prescrivere un' abbondante alimentazione grassa. L'esperienza dimostra che molti individui, anche ammalati di stomaco, tollerano bene 120 150 gr. di grasso in questa forma.

Degli altri grassi meritano considerazione gli olii, i quali hanno il vantaggio di fondere ad una temperatura più bassa dei grassi animali, ad eccezione di certi grassi di pesci. Ma poichè il grasso negli olii non è emulsionato, così l'olio di uliva o di sesamo od anche l'olio grasso di certi pesci facilmente fusibile, come l'olio di fegato di merluzzo, stanno indietro al latte ed ai suoi prodotti. Si aggiunga a ciò che il palato di molti individui non è abituato a quella specie di grassi. Vi hanno poi i grassi circondati da un involucro di albumina (lardo) che richiedono l' energia proteolitica dei succhi digestivi, e per questa ragione non meritano di essere preferiti al latte. Dei grassi animali soltanto il grasso del tuorlo d'uovo è in forma emulsionata e solo il grasso di oca fonde a temperatura relativamente bassa, analoga a quella del burro.

Per le ricerche di Strauss resta dunque assodato che il grasso del latte nella quantità di 100-150 grammi al giorno è tollerato bene per tempo

relativamente lungo senza disordini rilevanti da parte dello stomaco. Nel caso concreto poi la quantità potrà essere regolata ed occorrendo anche aumentata gradatamente, tenendo conto della tolleranza dell'individuo, dello stato delle sue funzioni gastriche e del ricambio.

FORMULARIO

Gaucher. — **Alopecia sifilitica**

Si faccian portare capelli corti e si pratichino frequenti lozioni al capo con:

Sublimato corrosivo	gr.	0,20
Idrato di cloralio	»	4
Resorcina	»	2
Olio di ricino	»	1
Alcool a 90°	»	200

Si usino contemporaneamente le frizioni con la pomata seguente:

Calomelano	gr.	3
Vaselina	»	60
Acido salicilico	»	0,60

oppure:

Solfo precipitato	»	3
Vaselina	»	60

Questa seconda pomata è preferibile quando la alopecia è accompagnata da seborrea pitiriasiaca del cuoio capelluto.

NOTIZIE E VARIETÀ

Le feste di Pontedera

Prima che venissero consegnati ai militi premiati gli attestati di benemerenza parlarono dinanzi alle Associazioni e a gran folla il presidente della Publica Assistenza di Pontedera, signor Settimo Pacchiani e i presidenti della « Croce Bianca » di Pisa e della Società volontaria di Soccorso di Livorno. Furono salutati da una viva ovazione. Sono stati premiati i seguenti militi: Batistini T. Bartorelli F., Balbiani L., Bellini G., Bagnoli L., Bencreati F., Cavallini F., Cavallini U., Cavallini L., Donati U., Donati A., di Benedetto, Donati A., di Gelasio, Frangioni A., Fiorentini L., Fiorenti G, Fiorenti L., Gronchi G., Gabbani L., Galletti D., Gronchi F., Mainardi E., Magnani I., Marconcini A., Mainardi B., Marconcini R., Mazzanti L., Mainardi M., Marconcini L., Novi G., Orsini A., Pacchiani S., Pacchiani Francesco, Pacchiani Ottavio, Pacchiani Ezzelino, Pagni C., Pagliuchi G., Paffi O., Quagli D., Rinaldi G., Salvi A., Serafini C., Tinagli R. (già premiato a Pisa con medaglia di bronzo) Vivaldi V., Volterrani A.

Terminata la premiazione la società corale « G. Verdi » ha cantato un inno di circostanza musicato dal maestro Falorni. I coristi han dovuto ripeterlo più volte tra vivissime acclamazioni.

L'inno « Un'ode alla bandiera italiana », é stato scritto dal Pacchiani.

Sulla piazza Garibaldi si é formato il corteo delle Associazioni con alla testa la musica cittadina.

Seguono i seguenti sodalizi: Società volontaria di Soccorso di Livorno, la Pubblica Assistenza di Empoli, Pisa Firenze (San Gallo) Spezia, Lucca, Fucecchio, Montaione, Viareggio, Sampierdarena, Pontasserchio, Ponsacco. La Rotta e la « Croce Bianca » di Pisa; la Società Operaia di Pontedera, la Società dei Tintori, la Filodrammatica « Manzoni », la Società Corale, Club Risorgimento, Reduci Patrie Battaglie e Fratellanza Militare e la Società dei Sarti.

Mentre segue lo sfilamento delle Associazioni scoppia un uragano d'applausi.

Si grida: Viva i sodalizi umanitari, viva la carità civile.

Alle ore 17 l'imponente corteo, ordinato dal segretario dell'Assistenza di Pontedera, sig. De Ruyz entrava nel cortile del palazzo scolastico dove erano radunate anche molte signorine in eleganti *toilettes:* non un posto vuoto. La folla era enorme: il cortile, gli androni, occupati da circa 6000 persone.

Il presidente Pacchiani con un forbito discorso ha presentato fra entusiastiche ovazioni, il conferenziere avv. Gisberto Lami.

Questi, con dei concetti altamente civili ha sintetizzato con efficacia lo scopo umanitario delle associazioni laiche d'assistenza pubblica.

L'oratore ha parlato oltre mezz'ora: fu applauditissimo. Appena spiegata la nuova bandiera dell'Assistenza di Pontedera, la folla scoppiò in ovazioni entusiastiche.

La sera grande animazione per le vie. La città é festante.

GAZZETTINO

ROMA. *Per le bonifiche.* — Lo schema di regolamento per l'esecuzione della legge sulle bonifiche, la cui compilazione è stata affidata ad apposita Commissione, dovrà essere compiuto per la fine di agosto, essendo intendimento dell'on. Lacava di presentarlo subito al Consiglio di Stato per il parere, e di provocare quindi il decreto reale per la sua approvazione. Ciò allo scopo di iniziare subito le opere di bonifica inscritte fra le urgenti, nelle provincie Venete, nel Ferrarese e nella provincia di Roma.

ROMA. *Negli Ospedali.* — Al concorso per la nomina di 16 aggiunti di medicina negli Ospedali di Roma, riuscirono eletti, in ordine di merito, i signori: Zampilloni, Olivieri, Mendes, Gaudiani, Ugolini, Ascarelli, Longo, Corsi, Senni, Calò, Marcotulli, Mancini, Deluca, Benedetti, Frascella, Caccini.

ROMA. *Fanciulli poveri al mare.* — Hanno fatto ritorno alla capitale i ventitré bambini dell'Educatorio « Pestalozzi » e i sette dell'Educatorio « Gaetaniche si erano recati a Giulianova, in quell' Ospizio Marino, mantenuto dalla benemerita Congregazione di carità di Teramo.

Li accompagnavano il maestro Sandri Gaetano e il personale di servizio, ed erano ad attenderli alla stazione il prof. Di Donato, direttore ed organizzatore di queste colonie di piccoli bagnanti e

i parenti degli alunni, grati e commossi della carità usata ai loro figliuoli.

Per cura dello stesso prof. Di Donato è partita per Giulianova la seconda spedizione di bambini composta di alunni dell'Educatorio Gaetani.

Li accompagnavano le maestre signorine Paci e Frankental e un inserviente.

Alla partenza dalla stazione di Roma si trovavano la signora Ferraguti, la signorina Pezzi, il cavaliere Di Donato il sig. Gioda Felice e i parenti degli alunni. Le ferrovie ànno concesso la riduzione sul viaggio del 75 0[0.

GENOVA. *Consiglio della Federazione Medica Ligure.*—Il Presidente del nuovo sodalizio dott. commendatore G. Elia convocò il Consiglio per ringraziare i colleghi della sua elezione a Presidente, e scambiare alcune idee sulla costituzione della Società. Intervennero quasi tutti i Consiglieri, i quali applaudirono il discorso pronunciato dal dott. Elia, procedendo poi alla nomina delle varie cariche sociali. Furono eletti vice-presidenti il dott. F. Grossi e il prof. Garibaldi; segretario il dott. Mariani, cassiere il dott. Perrando. Si sbrigarono alcune altre pratiche e il Consiglio si sciolse.

GENOVA. *Nuova nomina all' Ospedale di Pammatone.*—L'Amministrazione degli Spedali Civili si è radunata in seduta ordinaria per decidere, fra l'altro, sulla nomina dell'aiuto specialista in oftalmologia. In seguito al concorso per esami, ha nominato a pieni voti il dott. Edoardo Besio.

PISA. *Ufficiali sanitarii.*—All'elenco già dato bisogna aggiungere il nome del dott. Giulio Lucidi.

PISA. *Il Prefetto alla « Croce Bianca ».* — Il Prefetto della nostra Provincia comm. Bacco recavasi a visitare i locali della benemerita società di soccorso la « Croce Bianca » intrattenendosi a vedere funzionare i varii ambulatorii aperti al pubblico. Espresse parole di ammirazione e di elogio alla presidenza e chiese di essere subito ammesso come socio della « Croce Bianca ». Il Consiglio lo nominerà socio onorario.

ALESSANDRIA. *La lotta contro la tubercolosi.* — La Giunta comunale approvò la proposta di costituire anche in Alessandria un Comitato contro la tubercolosi, incaricandone gli assessori dell'igiene e sanità pubblica.

CASALE (Monferrato). *Una seduta radioscopica.*— In occasione della prossima adunanza dell'Associazione medico-farmaceutico-veterinaria del Monferrato, che avrà luogo qui nel prossimo mese di settembre, per iniziativa dell'egregio vice-presidente dell'Associazione stessa, dott. Francesco Pinolini, si terrà, probabilmente nel refettorio del convitto Trevisio, un'importante seduta di radioscopia.

Vi interverrà l' elettricista Eugenio Cerruti di costi, che coi suoi perfezionati strumenti da lui stesso fabbricati, farà ammirare ai membri dell'Associazione le ultime meraviglie dell'applicazione dei raggi Röntgen all'arte sanitaria.

VERCELLI. *La lega contro la tubercolosi. Un sanatorio provinciale.*—In seguito alla saggia deliberazione dell'Amministrazione del nostro Ospedale Maggiore, fu testé istituito presso il Pio Luogo un riparto speciale (sanatorio) per i tubercolosi.

Il presidente del nostro Ospedale, on. Lucca, ha poi diretto ai direttori dei trentun ospedali della nostra provincia, che fra tutti possedono un patrimonio accertato di circa 27 milioni, invitandoli ad unirsi in umanitario consorzio per l' istituzione di un sanatorio provinciale per la cura della tubercolosi.

AREZZO. *Croce Bianca.*—Stante il valido appoggio di signore aretine avremo in settembre una fiera a beneficio della nostra Croce Bianca, la benefica Associazione. Hanno qui mandato doni e parole d' incoraggiamento S. M. la Regina, S. A. R. il principe di Napoli e la duchessa d'Aosta.

AGNONE. *Croce Rossa.*—Questo sotto-comitato locale della Croce Rossa solennizzò il 3° anniversario di sua fondazione.

Nella sala municipale, gremita di molto popolo e della parte più colta della città, il giovane avvocato Vincenzo d' Onofrio lesse un bellissimo discorso d'occasione, smagliante di forma, ricco di vita e di pensiero.

Dopo la bella e simpatica cerimonia, vi fu la estrazione di una lotteria di beneficenza, a favore dell'Ospedale da guerra, che sarà presto impiantato tra noi, per opera del solerte presidente cav. Gandolfi, che non risparmia fatiche e sagrifizi, per riuscire nel nobilissimo intento.

BERGAMO. *Stazioni alpine.*—Visti i buoni risultati che diedero le Stazioni Sanitarie alpine femminili di Collio e di Camandoli, alcuni benefici cittadini si si costituivano ultimamente in comitato promotore per istituire una stazione sanitaria alpina maschile a pro' dei fanciulli gracili e poveri del nostro Comune, e siccome il successo coronò i loro sforzi, quella stazione fu impiantata a Bagolino, ove, ai primi di agosto, si recò la prima squadra dei fanciulli più bisognosi di cura, che i dottori Turlini e Materranini incaricati all'uopo dai benefici fondatori, scelsero nelle scuole comunali.

TARANTO. *Un nuovo ospedale militare.*—Il Ministero della marina ha decretato l'impianto a Taranto d' un nuovo grandioso ospedale militare, costruito con criteri totalmente moderni. Venne stanziata per questo la somma di un milione.

CAIRO. *La peste in Egitto.*—Dal principio dell'epidemia sino al 10 corrente si sono verificati in Alessandria 80 casi di peste, dei quali 37 seguiti da morte, 39 guariti e 4 ancora in cura.

L'epidemia è in grande diminuzione e pare che tocchi la fine.

BELEM. *Febbre gialla.* -- Quattro giorni dopo l'arrivo dei coloni al Parà è scoppiata quivi la febbre gialla. Due coloni sono morti.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'INVOLUZIONE SENILE E LA SUA TERAPIA

La vecchiaia, secondo alcuni antichi autori, consiste nel disseccamento progressivo dei componenti dei tessuti e dei vasi; secondo altri autori più recenti, fra cui Reveillè-Parise, consiste nella diminuzione della funzione polmonare o nella perdita dell'attività sessuale. F. Friedmann dice trattarsi nella *vecchiaia* di una metamorfosi regressiva in tutti gli organi ed in tutti i sistemi (aumento dei componenti solidi e diminuzione del contenuto di acqua dei tessuti).

La causa immediata della modificazione regressiva dei tessuti (involuzione) viene frequentemente ricercata in un'aumentata consunzione, ossia in una alterazione del ricambio materiale, a cui base sta una diminuzione del potere di assimilazione e rigenerazione dell'organismo. Le cause ultime e lontane della vecchiaia e della durata limitata della vita stanno, secondo gli antichi autori, nel fatto che i tessuti divengono col tempo inservibili; il che sta in contraddizione coi concetti che si hanno del ricambio materiale, secondo i quali le sostanze del corpo divenute inutili vengono sostituite da altre introdotte con l'alimentazione.

Non può sostenersi neppure la ragione addotta da altri, ossia la rapidità del ricambio materiale, perchè molti animali a sangue caldo vivono più di 100 anni. Gli autori francesi. specie Flourens, dicono che la durata della vita corrisponde al quintuplo della durata dello sviluppo, legge che si verifica in poche specie di animali. Götte vede la causa della morte nella perdita delle forze dell'organismo prodotta dal suo potere di rigenerazione. La vecchiaia sarebbe la introduzione della morte naturale. Come esempio egli riporta questo che parecchi insetti muoiono subito dopo l'accoppiamento, mentre quelli che non si sono accoppiati vivono fino alla prossima primavera. Si potrebbe obiettare però che anche gli animali senza sesso muoiono egualmente. Nondimeno si può dire che riproduzione e durata della vita stanno in un certo rapporto causale. Secondo Weissmann esiste, analogamente ai limiti dello sviluppo, un limite per la rigenerazione delle cellule in ogni organismo; quando questi limiti si ravvicinano, comincia la vecchiaia, l'involuzione. I limiti acquistati per condizioni esterne si trasmettono con l'eredità, in modo che la durata media della vita umana è di 50-60 anni.

I fisiologi dividono la vita in quattro età diverse: la fanciullezza, che a sua volta si divide in età dell'allattamento che va fino al 9° mese, ed in due altri periodi uno che dal 9° mese va al 7° anno ed un altro dal 7° al 14° anno (pubertà). La 2ª età è la gioventù che va fino a 22 anni: la 3ª è l'età adulta, la 4ª la vecchiaia.

Non v'ha un limite esatto per la comparsa della vecchiaia. Reveillè-Parise dice che noi cominciamo a morire quando il nostro sviluppo è già completo, e perciò al massimo ai 25 anni. I primi segni di involuzione sono evidenti a 35-36 anni (diminuita capacità respiratoria). Secondo altri autori la vecchiaia sta tra i 50 ed i 60 anni, per Ippocrate essa comincia a 70 anni, per Canabis a 65, per Flourens a 70, per Reveillè-Parise a 55 anni. Geist distingue due periodi di vecchiaia, da 50 anni in su, e da 65 in su.

L'involuzione degli organi non si verifica armonicamente, ma inegualmente, e comincia ora in questo, ora in quell'organo e progredisce fino ad un certo punto, a seconda della disposizione ereditaria, del genere di vita ecc. Secondo Canstatt esiste la legge della successione inversa dell'involuzione e dello sviluppo degli organi. Canstatt va tant'oltre da riguardare certe modificazioni indotte dall'età come un regresso dell'organismo umano a stadî inferiori di formazione, allo stesso modo come secondo le leggi di Haeckel l'embrione umano percorre tutti gli stadi della serie animale. Ad es. il gerontoxon e l'ispessimento anulare della periferia della cornea sarebbe analogo all'anello osseo dell'occhio degli uccelli, la pelle secca e squamosa a quella dei pachidermi e così via. Per Giest ad ogni decennio di vita corrisponde un determinato grado di involuzione, in modo che dalla progressiva diminuzione della capacità respiratoria, dalla frequenza del polso e del respiro, dal peso medio degli organi dopo morte si può dedurre l'età dell'individuo. Se ha luogo un'eterocronia nell'involuzione, se cioè un organo importante è prematuramente colpito dal processo di involuzione, si ha quello stato che diciamo marasmo. Secondo Schönlein nel marasmo tipico si trova atrofia dei gangli addominali e degli organi intestinali. Virchow definisce il marasmo l'atrofia semplice dei vecchi con dimagramento e debolezza.

L'involuzione degli organi del respiro, del

circolo e del sistema nervoso si verifica più precocemente, ed anche il decorso negli organi nobili è più rapido. L'esito dell'involuzione, quando non si tratta di un organo vitale, è la morte locale (lente, organi sessuali ecc.). Negli organi vitali l'involuzione progredisce gradualmente fino ad un grado comportabile con la vita dell'individuo, per poi condurre a morte. Questo è l'esito naturale, raro; d'ordinario la morte ha luogo per pulmonite, paralisi cardiaca od emorragia cerebrale, con o senza pregresso marasmo. La ragione di ciò sta nel fatto che il processo di involuzione predispone ad alterazioni degli organi. Fra le alterazioni indotte dall'età occupa il primo posto l'atrofia degenerativa, la degenerazione grassa e la calcificazione. Nei polmoni l'atrofia senile dà luogo all'enfisema: dopo l'ectasia alveolare comincia la rarefazione del tessuto polmonare, consistente in atrofia delle pareti alveolari e fusione degli alveoli con obliterazione dei capillari polmonari. Così il polmone diventa più piccolo e la forma della parete toracica si modifica. La capacità dei polmoni diminuisce, così pure la sua eccitabilità riflessa e la frequenza degli atti del respiro. Il cuore è l'unico organo che con l'età non diminuisce di peso, quando lo stato di nutrizione è buono, anzi, per aumento delle resistenze periferiche, si ha nei vecchi un'ipertrofia cardiaca sempre crescente con o senza dilatazione. Negli individui mal nutriti si ha atrofia bruna del miocardio e degenerazione grassa. Le arterie con l'età aumentano di diametro: la causa sta nella comparsa (al 45° anno) dell'arterio-sclerosi. Importante per la prognosi è la localizzazione della medesima. Nei vecchi si modifica anche lo stato del sangue: la sua quantità può scemare anche di 1 Kg. esso diventa più tenue, più pallido e la sua coagulabilità è aumentata. Il cervello ed il midollo spinale diminuiscono di volume nella vecchiaia: mentre il contenuto di acqua aumenta, diminuisce quello del grasso. Esistono due forme di atrofia cerebrale, una più rara, in cui il cervello è grande (in questo caso non si trova ateromasia, ma anemia e spesso idrope dei ventricoli), ed una ordinaria in cui il cervello è rimpicciolito, le circonvoluzioni assottigliate, la corteccia atrofica ecc.: nello stesso tempo si trovano i segni di ateromasia. I sintomi della 1ª forma di atrofia si avvicinano a quelli dell'anemia, quelli della 2ª forma ai sintomi dell'iperemia cerebrale. In entrambi i casi si hanno i segni di debolezza intellettuale fino all'imbecillità completa.

La durata della vita dipende da parecchie condizioni, dal sesso, dalla razza e dalla nazionalità. La massima influenza ha l'eredità. Gli antichi davano grande importanza al temperamento ed alla costituzione. Certamente la durata della vita è in rapporto con lo stato di nutrizione degli organi più importanti dell'economia, specie degli organi circolatori, dal cuore fino ai capillari più sottili, alle vene ed ai vasi linfatici.

Noi possiamo allontanare il precoce comparire della vecchiaia ed opporci al suo rapido progresso, vale a dire noi siamo in grado di conservare più a lungo la gioventù mercè l'igiene individuale. Senza parlare dei mezzi a cui anticamente ricorsero l'alchimia, l'astrologia, la chiromanzia ed il magnetismo per prolungare la vita, nei nostri tempi è stata raccomandata la spermina contro il marasmo senile (Poehl). La spermina sarebbe un mezzo ossidante che libera l'organismo dai prodotti di metamorfosi regressiva. Ma la cura razionale della vecchiaia sta nell'evitarne la manifestazione e nell'opporsi ai suoi primi inizii. A tal uopo bisogna prima di tutto regolare l'alimentazione in rapporto al modificato ricambio materiale, e poi tener di mira quegli organi che sogliono precocemente essere colpiti dall'involuzione e dar luogo alla morte precoce.

Dalle statistiche si rileva che nella vecchiaia diminuisce la quantità di sostanze nutritive necessaria per l'alimentazione. Sicchè nei vecchi la quantità giornaliera degli alimenti deve essere minore che nei giovani, ma la loro qualità deve essere modificata a favore degli alimenti ricchi di albumina. Di grande importanza è la somministrazione di vegetali, per il loro contenuto di acqua e di sali.

Gli alcoolici debbono essere somministrati in piccole quantità.

Un terzo della mortalità nella vecchiaia è data da malattie dell'apparecchio respiratorio. Le pratiche dell'avvezzamento, quando sono cominciate fin dalla fanciullezza o dalla gioventù sono quelle che meglio preservano dall'ammalare gli organi respiratori. Dopo i 45 anni invece dell'avvezzamento bisogna aver cura di evitare i raffreddamenti, e qui entrano in prima linea i vestiti: bisognerà raccomandare di coprirsi di lana non molto doppia specie negli arti inferiori. E' importante pure il soggiorno in aria priva di polvere. I bagni nella prima metà della vecchiaia debbono essere continuati, nei casi in cui lo stato di salute è buono, in forma di bagni salini o saponati caldi. Nella seconda metà della vecchiaia sono permesse solo le lozioni e le frizioni secche. Infine deve possibilmente tenersi conto delle condizioni climatiche, consigliando il soggiorno d'estate in montagna od al mare, in regioni soleggiate e protette dai venti.

Riguardo all'apparecchio circolatorio, devesi in primo luogo tener di mira l'arterio-sclerosi. Weber in un recente lavoro raccomanda a questo riguardo il regolare e quotidiano moto del corpo o in forma del sistema di Oertel o di esercizii sportivi; movimenti respiratori metodici; cure sottrattive insieme ad eccessivo movimento del corpo a determinati intervalli: ascensione in montagna 1-2 volte l'anno. Deve tenersi conto anche della dieta leggera ed è

da consigliarsi di tempo in tempo l'uso di purganti.

BIBLIOGRAFIA

Charcot. Les maladies des veillards. — Canstatt. Die Krankh. des Greisenalters. — Durand-Fardell. Die Greisenkrankh. — Geist. Klinik. der Greisenkrankh. — Hermann. Grundriss der Physiol. — Quetelet. Ueber die Menschen. — Ziegler. Path. Anat. — Weismann. Ueber die Dauer des Lebens. — Bock. Das Buch von ges. u. kranken Menschen. — Hufeland. Makrobiotik. — Oldendorf. Eulenburg's Real-Encykl. — Korànyi. Emphysema senile. — v. Schrötter. Zur Therapie d. Arteriosel. — A. Fränkel. Arteriosklerose. — Weber. Zur Verhüsung der Senilitas precox.— Poehl. Die Physiol. — Chem. Grundlagen der Spermintheorie. — Henschen. Prophylaxie der Hernhyperämie ecc. — Friedmann. *Wiener medicinische Presse*, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale del R. Ist. super. di Firenze diretta dal prof. P. GROCCO

SUL DIVERSO MODO DI AGIRE DELLA TOSSINA TIFICA E DELLA DIFTERICA A SECONDA CHE SIANO INIETTATE NELLA VENA PORTA O NELLA VENA GIUGULARE.

Ricerche sperimentali (Prima serie)

Dottor Gustavo Padoa

Dopochè gli studi sulla perdurazione della bile, sull'azione glicogenetica e sulla proprietà di trasformare in urea certi prodotti azotati fecero considerare il fegato come un centro di operazioni chimiche svariate e complesse, e dopochè la clinica ebbe dimostrato verificarsi gravi sindromi tossiche e risentirsi maggiormente talune malattie infettive negli individui nei quali qualche grave malattia epatica aveva profondamente diminuita la funzionalità dell'organo, sorse l'idea di indagare sperimentalmente se per avventura la ghiandola epatica esercitasse qualche azione sui batteri e sui veleni che ad essa giungono; sia che questa azione dovesse intendersi come una trasformazione di natura chimica, sia che non si trattasse di altro che di una filtrazione, insomma di un potere di trattenere dal circolo elementi che riuscirebbero dannosi all'organismo.

L'esperimentare in questo senso appariva cosa oltremodo difficile e delicata, giacchè, tranne per alcuni animali molto inferiori come le rane, era preclusa la via più semplice e piana e che ha dato facili risultati per altri organi, come per esempio per la milza: voglio dire l'estirpazione dell'organo. Perciò non fa meraviglia che nello studio di questa parte delle funzioni epatiche i metodi adottati siano parecchi, piu o meno ingegnosi e fallaci, sopratutto prima che riuscisse ad Eck di sopprimere colla sua fistola la circolazione portale innestando la porta colla cava inferiore.

Ma è a notar subito che la fistola di Eck non corrisponde alla estirpazione del fegato e che, d'altra parte, essa non può servire efficacemente che allo studio di una parte del problema, cioè di quella che concerne i veleni che al fegato provengono direttamente per il circolo portale. Inoltre le difficoltà tecniche dell'operazione, la necessità di scegliere certi animali (specialmente cani) ed animali di forte resistenza, il fatto che in generale l'animale operato soccombe rapidamente, sebbene taluno esperimentatore sia stato così fortunato da conservarlo in vita per qualche mese, son tutte ragioni che impediscono di servirsi su larga scala di quell'ingegnoso mezzo che è la fistola di Eck e di applicarla alle varie parti del complesso problema dell'azione antitossica del fegato.

Una delle prime quistioni che vennero sollevate fu quella relativa ad una possibile azione protettiva del fegato contro le autointossicazioni d'origine intestinale. Non mi occuperò ora delle conclusioni, che riassumerò poi brevemente, e ricorderò solo i vari metodi di indagine.

Alcuno ricorse alla legatura della vena porta studiando il potere tossico delle urine prima e dopo la legatura; altri vollero studiare la differente tossicità del sangue della porta e delle vene sovraepatiche. Ma in questa parte veramente grandi servizi furono resi della fistola di Eck.

Per alcuni veleni, soprattutto alcaloidi, si tentò di saggiare l'azione protettiva del fegato o propinandoli per via stomacale ad animali operati di fistola di Eck, oppure facendo circolare nel fegato soluzioni dei veleni e risaggiandone poi il potere tossico dopo il passaggio per tali organi.

Venne poi la volta dei batterii e dei loro prodotti tossici. Già l'esperienza dell'anatomia patologica applicata alla clinica aveva dimostrato in alcune malattie infettive lesioni considerevoli nella ghiandola epatica; e non solo lesioni interstiziali, bensì degli elementi stessi, lesioni nutritive le quali denotano in certo qual

modo la reazione che le cellule epatiche opponevano a tali agenti. Si trattava di vedere se questa reazione conducesse ad una trasformazione o ad un immagazzinamento delle sostanze tossico-infettive cosicchè esse o rientrassero in minor copia nella circolazione generale o vi rientrassero modificate per modo da riuscire di minor nocumento all'organismo.

A questo scopo sopratutto si impiegarono iniezioni di batterii in coltura o dei loro prodotti fatte comparativamente nel circolo portale e nelle vene periferiche onde osservare il diverso modo di comportarsi degli animali nei due casi.

Altri vollero servirsi di altri mezzi, come per esempio unire alle sostanze da iniettare estratti filtrati di fegato, sia di animale sano, sia di animali precedentemente attossicati onde vedere se vi fosse qualche differenza fra gli animali iniettati in tal guisa e quelli che ricevevano invece iniezioni di colture e tossine che non avessero subito questo speciale trattamento. Nonostante che questo metodo d'indagini sia seguito oggi con un certo favore ed impiegato anche in ricerche analoghe su altri organi, per esempio sulla milza, mi permetto di osservare che esso sposta alquanto dal problema prefisso; giacchè quando ci poniamo il quesito dell'azione protettiva del fegato noi ci chiediamo in sostanza se esiste una particolar funzione della cellula epatica, mentre col mettere a contatto di una cultura batterica o di una tossina il succo epatico, noi escludiamo per l'appunto quella speciale attività cellulare sulla quale vogliamo indagare; e di più ci poniamo in condizione di tanto differenti da quelle che si verificano nell'organismo, che oserei affermare che, se anche esperimenti condotti in tal guisa riuscissero positivi, non si potrebbe inferirne alcunchè rispetto all'ordinario modo di comportarsi del fegato, vivo e funzionante, di fronte ai batterii ed ai loro veleni,

Senza dubbio pare più sicura la prima via di iniezioni comparative nella circolazione portale (sia nella porta direttamente, sia in una delle mesenteriche superiori) e nelle vene periferiche; ed é questa che ho seguito, come esporrò in appresso, nelle mie esperienze, sebbene non mi dissimuli che anch'essa offre qualche inconveniente. Come infatti paragonare il modo di comportarsi del fegato di fronte ad una tossina che gli iniettiamo a ridosso in uno spazio di tempo breve per quanto la iniezione si faccia lentissimamente con il modo ordinario di reagire a veleni che gli giungono lentamente, a poco a poco, in parte dopo essere passati per altri organi e assai diluiti nel sangue? Debbo peraltro convenire che una tale obbiezione avrebbe maggior valore per infirmare resultati negativi rispetto all'azione protettiva del fegato che per attaccare resultati positivi; giacchè ove riesca di dimostrare che il fegato estrinseca un qualche potere di trattenere o di trasformare sostanze tossiche che gli si fanno giungere in condizioni per esso di tanto più sfavorevoli di quelle in cui si trova nelle ordinarie intossicazioni, si potrà a maggior ragione inferirne che in queste ultime esso debba con più agio dimostrare la sua virtù antitossica.

Lo stesso potrebbe ripetersi di un'altra obbiezione possibile, quella che riguarda il traumatismo, assai maggiore in una iniezione portale che in una periferica. Ed io mi proponevo di indagare su questa possibile influenza del trauma iniettando nella porta sostanze inerti, quando l'aver avuto con due diverse tossine resultati diametralmente opposti, talchè con una morivano prima gli animali inoculati nella porta e coll'altra quelli inoculati in una vena periferica, mi parve all'obbiezione sufficiente risposta da esimermi da ulteriori ricerche.

Non ho nuovamente rammentato fra i varii metodi d'indagine l'estirpazione del fegato alla quale accennai da principio. Disgraziatamente essa non si potè praticare che su animali molto inferiori, come le rane; ed ognun vede quanto difficile e pericoloso sarebbe voler applicare ad individui più alti nella scala zoologica e sopratutto all'uomo i resultati ottenuti su tali animali.

Ed ora brevissimamente esporrò le conclusioni a cui gli esperimentatori son giunti e lo stato odierno della questione. Degli autori rammenterò solo i principalissimi, giacchè sono numerosi gli scienziati che si occuparono di questo argomento, rimandando per gli altri ad un apposita e copiosa bibliografia che pubblico subito in calce a questa prima nota, sebbene il mio studio io stia continuando per altre tossine. Ma se io giudico dalla fatica e del lavoro che io stesso ho dovuto impiegare per raccogliere quanto più mi fu possibile del pubblicato in proposito, sono indotto a credere che non sia opera disutile o vana offrire una

ricca bibliografia dei lavori riguardanti l'importante argomento dei veleni batterici.

Dirò intanto che per il numero dei lavori gli autori francesi tengono il primo posto e che pure buona parte va fatta alla scuola russa: i tedeschi e gli inglesi si sono occupati un po' dell'argomento dell'azione protettiva del fegato: gli scienziati italiani hanno dato a questo studio il contributo di lavori non numerosi, ma di grande importanza, densi di fatti e di pensiero, che vengono universalmente ricordati.

Le conclusioni sono tutt'altro che concordi per tutti vari rami in cui si suddivide il problema.

Per i veleni alcaloidici taluni autori (Kotliar-Colasanti-Roger) trovarono che il fegato diminuisce la tossicità di alcuni di essi fra i quali l'atropina, la pilocarpina, la tropococaina, la cocaina, nicotina, stricnina, cicutina, veratrina, caffeina, chinina, morfina, curaro. Il Roger che pure concorse a dimostrare l'azione antitossica del fegato rispetto a buon numero di questi veleni, dice invece di non averla riscontrata per altri fra i quali ricorda i sali potassici e sodici, il cloridrato d'ammoniaca, la glicerina, l'acetone. Lo Zagari invece, pur ammettendo un certo potere neutralizzante della ghiandola epatica, lo crede non molto superiore a quello di altri tessuti.

Pei veleni d'origine intestinale, mentre alcuni, fra i quali ricorderò lo Schupfer, ammettono un'azione antitossica del fegato, il Queirolo non avendo veduto prodursi negli animali nei quali aveva innestato la porta colla cava, quella grave sindrome tossica che avrebbe dovuto aversi se fossero innestati in circolo veleni di solito trattenuti e modificati dal fegato, tende a negarla, e si accosta alla opinione di Stick secondo il quale i materiali tossici verrebbero distrutti dall'epitelio e dalla parete intestinale. Per quello che riguarda questa possibilità che è in relazione abbastanza stretta colla funzione epatica rispetto ai veleni non si possono passare sotto silenzio i lavori di Courmont, Doyon Paviot, Charrin e Cassin etc.

Per quello che concerne i batterii ed i loro prodotti tossici, alcuni autori, come lo Schupfer, ammettono un'azione protettiva del fegato pur non escludendo una qualche azione protettiva dell'intestino, lo Zagari l'ammette con una certa riserva, Charrin e Cassin pensano che il fegato agisca sui principi batterici solubili in alcool (mentre, secondo essi, l'intestino agirebbe su quelli non solubili) e notano che l'azione protettiva si ha solo iniettando dosi capaci d'uccidere in poche ore, mentre non si ha con dosi che permettono di vivere 2-4 giorni. Guinard e Artaud invece affermano che gli effetti di alcune tossine batteriche si aggravano per il loro passaggio nel fegato e recano in appoggio alle loro affermazioni alcune esperienze eseguite colla pneumobacillina (ottenuta dal *pneumobacillus liquefaciens bovis*) ed una osservazione di Courmont et Doyon sulla tossina difterica, che però disgraziatamente non ho potuto procurarmi.

Lépine e Lyonnet esperimentando colla tossina tifica riferiscono di aver trovato un leggierissimo potere protettivo del fegato rispetto ad essa; ma molto leggero ed in un numero piuttosto esiguo di esperimenti.

Non potrei terminare questa breve rivista senza ricordare ancora oltre i ricordati i nomi di Pawlow, Massen, Nencki e Hahn che sulle fistole di Eck e sui suoi effetti nell'organismo hanno dato un lavoro denso di fatti rigorosamente accertati e quello del nostro Albertoni il quale con una rivista sintetica mirabile per chiarezza e per lucidità contribuì ad illustrare l'importante problema dell'azione protettiva del fegato.

Discordi adunque i risultati ed aperto il campo a nuovi studii. Talchè io fui ben grato al mio illustre maestro prof. Grocco che mi invitò a studiare l'azione del fegato di fronte alle tossine batteriche ponendo a mia disposizione il ricco materiale dei laboratori della sua Clinica medica, ed al prof. Silvestrini ed al dott. Daddi che in questo lavoro difficile e delicato mi furono prodighi di suggerimenti, di consigli, di aiuto prezioso.

Avendo scelto il metodo delle iniezioni portali e periferiche comparative mi parve opportuno aggiungere al criterio della maggiore o minore rapidità colla quale morirono gli animali anche lo studio dalle alterazioni istologiche in essi prodotte specialmente per quello che concerne i reni, sembrando così a priori che questi dovessero essere meno gravemente lesi in quei casi nei quali il fegato avesse in parte o trattenuti o modificati in modo da renderli meno nocivi i veleni batterici iniettati.

Non ho veduto questo nuovo criterio com-

parativo applicato in alcuno dei molti lavori sull'argomento che ho potuto procurarmi; nonostante che assai ricca sulle alterazioni istologiche prodotte dalle tossine batteriche sia la letteratura, che io mi propongo di ricordare brevemente più innanzi, quando riferirò sulle lesioni riscontrate negli organi degli animali che ho sottoposti ad esperimenti.

Di più oltre a questo nuovo criterio comparativo introdotto, volli rendere più rigorose e piú difficilmente oppugnabili anche la ricerche sull' altro criterio cioè sulla maggiore o minore rapidità colla quale avveniva la morte, partendo delle seguenti considerazioni. E' abitudine comune agli sperimentatori stabilire la tossicità di un veleno batterico ottenuto riportandosi al peso degli animali iniettati. Ma il fatto che uno o due o, insomma un piccolo numero di animali muoiono per una certa quantità di una tossina, non ci autorizza menomamente ad inferire in un modo assoluto sul potere tossico di essa; giacchè a noi sfuggono molti coefficienti di resistenza individuale che devono senza dubbio esistere anche negli animali e che devono giuocare una parte importantissima, pari almeno a quella che si suole attribuire al peso. E come non è vero che somministrando a due uomini di peso eguale l'identica dose di una data sostanza debbano entrambi andare incontro agli identici effetti così anche negli animali si incontrano differenze individuali tali da non poter affatto asserire che due di essi di fronte alla medesima quantità di tossina batterica debbano trovarsi nelle medesime condizioni di lotta, ancorchè identico sia il loro peso.

Per queste considerazioni mi parve che, se non a togliere di mezzo, almeno certo a render meno grave questo inconveniente della diversa resistenza individuale in una serie di esperimenti che si proponevano il confronto come mezzo a conchiudere dovessero giovare le seguenti precauzioni:

1. scegliere animali della stessa razza e possibilmente della stessa covata;

2. scegliere animali dello stesso colore di pelame;

3. procurare che negli animali esistesse la minor possibile differenza di peso;

4. scegliere sempre animali sani e tenuti in osservazione un certo numero di giorni avanti di servirsene;

5. dare lo stesso vitto agli animali destinati all'esperimento.

Di più mi parve di somma importanza inoculare sempre contemporaneamente due conigli che corrispondessero alle condizioni suddette, l'uno nella porta, l'altro nella giugulare perchè l'indugio anche di un giorno solo non potesse indurre nelle tossine, di natura chimica così variabile, alcun mutamento. E ancora, per esser scrupoloso nel ricercare pei due animali le condizioni più prossime di esperimento, benchè la tossina venisse sempre preparata in grandi matracci e poi divisa in palloncini sterilizzati più piccoli, mi è parso bene servirmi sempre dello stesso piccolo palloncino di tossina per i due conigli di una stessa coppia, gettando il residuo quando non era sufficiente per un altro semplice esperimento.

Potei procurarmi conigli che rispondessero il più che fosse possibile alle condizioni suesposte avendo avuto a mia disposizione due ricche conigliere nelle quali potere scegliere e scartare gli animali secondo i requisiti richiesti. Non mi nascondo che fra gli animali da esperimento il coniglio è il più infido. Ma in parte perchè nella cavia l'iniezione portale presenta maggiori difficoltà per la ristrettezza del vaso, in parte perchè mi sarebbe stato impossibile procurarmi gran numero di cani che corrispondessero alle condizioni richieste e specialmente a quelle di esser della stessa razza e di peso uguale, e soprattutto perchè da un lato le conigliere dalle quali toglievo gli animali erano tenute colla più scrupolosa attenzione talchè le necroscopie fatte non rivelarono coccidiosi in un numero grandissimo di animali, e perchè d'altro lato gli stabulari della nostra Clinica medica sono poi soggetti a quelle cure speciali che sono necessarie là dove è un Istituto antirabbico che di conigli sani ha quotidiano bisogno, per tutte queste ragioni, dico scelsi il coniglio per le mie esperienze.

(continua)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

Prof. Raymond

1. *Ossessione mentale.* — Una donna di 50 anni si lamenta da 2 mesi di essere l'oggetto di ossessioni che non le lasciano un istante di riposo. Ella cerca incessantemente i nomi di tutte le persone che ha conosciuto, e se è nella via cerca costan-

temente la rassomiglianza delle persone che incontra. Quando ha trovato ciò che cerca, prova un momento di grande sollievo, ma se non lo trova ha una vera crisi convulsiva con angoscia, grida, agitazione, ecc. Ella ha tentato perfino di suicidarsi. I casi di questo genere sono stati studiati da Charcot e Magnan sotto il nome di *onomatomania*, mania di nome; ma questo appellativo è troppo ristretto, perchè negli stati di questo genere non è solo la ricerca angosciante dei nomi, ma qualunque altra imagine vicina od auditiva che può produrre il fenomeno ossessivo. Il Raymond dice di avere osservato una donna che soffriva orribilmente perchè non poteva rappresentarsi il viso di suo marito morto un po' di tempo addietro. Recentemente ha visto un malato che aveva l'ossessione del paesaggio nelle condizioni seguenti. Viaggiando in ferrovia, guardava attentamente i siti che si svolgevano davanti a lui; allorquando avea percorsa una certa zona, cercava di ricordarsi del paesaggio visto, e quando non ci riesciva, soffriva talmente che rifaceva spesso il viaggio per colmare le lacune che gli avea lasciato il primo; siccome era un commerciante, viaggiante costantemente per i suoi affari, si concepisce bene quando ciò riuscisse penoso. Talvolta però, transigeva con sé stesso ed inviava il suo domestico per verificare certe particolarità restate incerte nel suo spirito. Questi stati, nei quali il disturbo della memoria, che è insufficiente per evocare le imagini scomparse gode una certa influenza, si vedono assai spesso al momento della menopausa. Qui le preoccupazioni vivissime prodotte dalla sorveglianza di suo marito di cui sospetta l'infedeltà, hanno goduto un ufficio etiologico importante.

2. ***Epilessia e sonnambulismo.*** — Un giovane di 18 anni presenta da 8 anni delle crisi nervose offrenti certe particolarità degne di nota. Queste crisi si producono ora ogni una o due notti e sono segnate da un grido seguito da fenomeni convulsivi e da morsicatura della lingua. Il malato non si sveglia durante questa crisi che dura circa cinque minuti, e di cui non conserva alcun ricordo. Tutti questi caratteri indicano che si tratta di crisi di natura comiziale, tanto più che il bromuro di potassio l'ha modificata alquanto. Ma è interessante però il modo con cui gli accidenti si sono iniziati. Egli è stato sempre sonnambulo; parlava costantemente dormendo; si alzava, andava a coricarsi nel letto di sua madre senza svegliarla, ed il mattino non conservava alcun ricordo degli incidenti della notte. Ma una notte, levatosi in istato di sonnambulismo, i suoi camerati per svegliarlo l'inondarono di acqua fredda; istantaneamente egli fu colpito da una crisi epilettica violenta. È da questa epoca che l'epilessia s'è definitivamente insediata in lui. Questo modo d'inizio è importantissimo, e si sa da lungo tempo che nei sonnambuli, che sono quasi sempre dei predisposti all'epilessia, bisogna evitare un risveglio brusco e violento. In questi predisposti bisogna evitare gli spaventi; è pratica pericolosissima quella di condurre dei bambini a vedere dei parenti morti.

In questi predisposti bisogna in maniera generale evitare ogni emozione.

3. ***Assenza di origine epilettica.*** — Due ragazzi di 9 anni sono degli esempi di epilessia notevoli per qualche particolarità clinica. Il primo, fin da 3 anni è soggetto ad estasi, come dicono i suoi parenti; mai ha avuto convulsioni o incontinenza di urina; questo stato particolare lo prende 8-10 volte al giorno. S'arresta d'un tratto, impallidisce leggermente, fissa gli occhi, borbotta, poi riprende la conversazione, o continua le sue occupazioni senza accorgersi di questo suo stato morboso. In questi momenti egli urina spesso involontariamente. Queste estasi non sono altra cosa che *assenze*, di natura certamente epilettica, e la loro diagnosi non può lasciare alcun dubbio. Il secondo malato ha delle assenze analoghe: impallidisce, gli occhi si fissano, borbotta, ma non urina. I due casi sono analoghi; ma in quest'ultimo si presenta una complicazione: una tendenza al furto che gli fa rubare del denaro ai parenti spendendolo per cose inutili. Si potrebbe supporre che si tratti di un fenomeno delirante o di una impulsione di natura epilettica come l'assenza. Ma qui il malato ha perfettamente conoscenza della sua azione, ne conserva il ricordo, con che vi si deve vedere una tendenza cattiva, che non é per nulla della stessa natura. Non è raro di vedere queste assenze trasformarsi in impulsioni terribili che possono finire facilmente al delitto, ed è precisamente nei bambini di questa età che questa trasformazione si produce spesso. Il bromuro ha su di essi un'azione potentissima e si può fedelmente modificarli anco con dosi quotidiane e prolungate di 3-4 grammi.

4. ***Nevrite apoplettiforme.*** — Un uomo di 42 anni presenta un'impotenza particolare della gamba sinistra sopraggiunta in condizioni eccezionali. Era occupato a sollevare un gran peso, allorchè, il piede essendoglisi svoltato, fece uno sforzo violento per non cadere, e provò all'istante un vivo dolore nella natica del lato sinistro. I giorni seguenti la gamba si è irrigidita e raffreddata poco a poco, e 5-6 giorni dopo che i fenomeni dolorosi acuti cessarono, avea un certo grado di impotenza, venendo a colpire il suolo con la punta. L'esame mostrò allora che c'era una paralisi degli estensori con un leggero grado di atrofia; i muscoli anteriori soltanto erano colpiti, i muscoli della regione posteriore avendo conservato tutta la loro azione. Mettendo la gamba in estensione forzata si determinava un vivissimo dolore sul tragitto dello sciatico, che presentava inoltre parecchi punti dolorosi, specie alla sua emergenza dal bacino ed al capo po-

pliteo. Si tratta qui certamente di una nevrite e non di una nevralgia in ragione dell' atrofia muscolare che era accentuatissima e della paralisi in egual modo pronunciata; questa nevrite interessava principalmente lo sciatico popliteo esterno. La patogenesi di questa nevrite ha qualche cosa di particolare, perchè è sotto l' influenza di uno sforzo violento che essa si è prodotta, e, per il suo modo di inizio, rientra nella categoria delle *nevriti ad inizio apoplettiforme*, questa parola indicando l'istantaneità dell'inizio e non la natura emorragica della lesione. Ad ogni modo, l'apoplessia vera può esistere, e nei casi analoghi a questo, è molto verisimile che, sotto l'influenza dello sforzo violento, sia avvenuta una piccola lacerazione limitata ed un po' di emorragia localizzata sul tragitto del nervo. È probabile che qui non ci saranno conseguenze gravi in ragione della poca estensione delle lesioni; ma vi sono dei casi in cui la guarigione è difficile ad essere ottenuta.

5. *Nevrite alcoolica.* — Una donna di apparenza cachettica, presenta un certo grado di debolezza degli arti inferiori, ed ha, qualche mese addietro, sofferto dolori sciatici violenti. Essa era inoltre tubercolotica e morfinomane. Ma essa si lamenta sovratutto di dolori alle estremità inferiori e specie alla pianta dei piedi. Questi dolori, spontanei, divengono più vivi allorquando si sfiora solamente la pelle. Si provoca ancora un dolore vivissimo mettendo lo sciatico in tensione o comprimendo le masse muscolari. Infine, esiste un certo grado di atrofia muscolare, ma generalizzato e senza indebolimento notevole. Questi differenti disturbi nervosi debbono essere attribuiti ad una nevrite, sensitiva e non motrice, perchè i disturbi sono quasi esclusivamente sensitivi. Ma la difficoltà consiste nel determinarne esattamente l' etiologia. Siccome si tratta di una tubercolotica si può pensare ad una nevrite esclusivamente sensitiva di questa natura; il dolore avendo la disposizione detta a stivale, proviene quesi sempre da una intossicazione esogena e nella maggior parte dei casi dall' alcoolismo. Questa donna è difatti alcoolista. La soppressione dell'alcool è il punto principale della cura, a cui bisogna aggiungere l'elettrizzazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella « *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali* », diretta da A. Tamburini; vol. XXV, fasc. II., 15 luglio 1899.

1. Agostini. **Il peso specifico della sostanza bianca e grigia nelle varie regioni del cervello degli alienati.**—Nelle melanconie il peso specifico non si discosta troppo dalle medie normali, e così pure nell' esaltamento maniaco; nel delirio acuto è fortemente elevato a preferenza nell'emisfero sinistro. Nella demenza paralitica, se la morte avvenne nel periodo di stato, la densità della corteccia è più aumentata nei lobi anteriori e medii del cervello, e la sostanza bianca ha un peso specifico inferiore alla norma; se la morte avvenne nel periodo terminale il peso specifico è costantemente e notevolmente diminuito, la densità della sostanza midollare è notevolmente abbassata, e così pure il cervelletto ed il bulbo. Nella demenza alcoolica il peso specifico è superiore alla media, specie nelle circonvoluzioni anteriori e medie. Nella follia pellagrosa si ha abbassamento uniforme del peso specifico in tutto il cervello. Nella frenosi epilettica la densità è sempre molto elevata a carico della sostanza grigia, ed in minor proporzione della bianca, con prevalenza in uno dei due emisferi; il maggior peso specifico si trova nella zona rolandica; il cervelletto ed il bulbo hanno peso specifico elevato. Nell' imbecillità, al grado di semplicità di spirito, il peso specifico oscilla nei limiti normali. Nella demenza senile il peso specifico offre variazioni notevoli; nelle regioni anteriori e medie vi sono punti con densità maggiore o minore a seconda che prevalgono fatti di sclerosi o di rammollimento del mantello cerebrale; la sostanza bianca ha un peso specifico superiore alla norma. Nelle demenze consecutive a psiconevrosi il peso specifico è complessivamente superiore alla norma, ora prevalendo in uno ora nell'altro degli emisferi; spesso si hanno, specie nelle regioni medie ed anteriori, tratti di rammollimento con peso specifico abbassato. Nelle demenze secondarie ad emorragie cerebrali, a stati congestivi, la densità della corteccia è elevata, mentre quella della sostanza bianca dal lato dell'*ictus* è fortemente abbassata. Nei dementi post-emiplegici con afasia, le circonvoluzioni rolandiche e del Broca hanno un peso specifico inferiore alla norma. Riepilogando, si può dire che, nelle alienazioni mentali, che vanno sotto il nome di psiconeurosi, nelle quali si è potuto ritenere che avvenga la reintegrazione dell' elemento nervoso, disturbato nella sua attività biochimica, e nei difetti di intelligenza di grado mediocre. il peso specifico delle varie parti della corteccia cerebrale, della sostanza bianca del cervelletto, non si discostano dalle medie osservate negli individui normali in maniera apprezzabile, e le modificazioni trovate si debbono attribuire allo stato d' iperemia o d' anemia, alla distribuzione diversa, cioè, del sangue nel tessuto nervoso. È solo quando, persistendo ed aggravandosi il disturbato chimismo cellulare, la lesione della cellula nervosa si fa irreparabile, e l'indebolimento mentale consecutivo (demenza consecutiva) è grave, che il peso specifico si trova sensibilmente alterato. Nelle altre malattie mentali accompagnate da affezioni acute o croniche encefaliche, con processi secondarii di atrofia, di rammollimento,

di degenerazione, di iperplasia connettivale, di sclerosi, in quelle cioè nelle quali avviene un'alterazione grave progressiva degli elementi nervosi (demenza paralitica, alcoolica, senile, emiplegica, ecc.), il peso specifico mostra costanti e notevoli alterazioni. La sostanza midollare viene modificata nel suo peso specifico per le stesse condizioni (iperemia, anemia, edema, ecc. del tessuto nervoso). La densità specifica del cervelletto fu trovata con poca frequenza modificata nelle alienazioni mentali, e solo per quel tanto riferibile alle flogosi acute, all'anemia od iperemia cerebrale. Lo stesso può dirsi del bulbo. La ricerca della densità specifica della corteccia cerebrale e della sostanza cerebrale può essere adunque di un qualche sussidio allo studio anatomo-patologico delle malattie mentali, aiutando a valutare la gravità, l'estensione, la natura del processo morboso e la fase raggiunta dal medesimo; può venire in aiuto nelle ricerche ricerche medico-legali, essendo che il peso specifico non subisce, se non dopo varii giorni e salvo circostanze eccezionali, alterazioni sensibili per le influenze cadaveriche. L'Agostini ha anco potuto vedere che il cervello del neonato presenta un peso specifico quasi uniforme nelle varie regioni della corteccia, nei due emisferi, e poco differente tra le due sostanze fondamentali, elevato per il cervelletto. Il cervello dell'adulto offre varia densità: la sostanza grigia ha densità maggiore nei lobi frontali, varia dall'uno all'altro emisfero. Nei mammiferi il peso specifico è quasi uniforme nelle varie regioni dei due emisferi. Ma è interessante sovratutto che nell'adulto sano di mente si ha una differenza di peso specifico tra le due sostanze fondamentali, e tra le varie regioni del cervello, tutto fa pensare che più basso è il peso specifico, più elevata è la funzionalità. Si può quindi formulare l'ipotesi che tanto più evoluto e superiore debba ritenersi quel cervello, che, all'infuori di speciali condizioni patologiche, presenterà una differenza maggiore di gravità specifica, tra le due sostanze fondamentali e tra le singole regioni della corteccia del cervello. La pazzia non fa che alterare questi rapporti.

2. Schüpfer. **Sui tumori del corpo calloso e del corno di Ammone.**—Clinicamente si può sospettare un tumore del ginocchio del corpo calloso quando il quadro clinico, pria che compaiano i disturbi motori, è dominato per lungo spazio di tempo dai disturbi psichici, i quali possono essere il solo fenomeno presentato dall'infermo; quando si ha isolata o precoce partecipazione di uno o di ambedue i facciali inferiori; quando il capo è rotato verso la parte in cui si ha la paralisi) od in genere quando si ha contrattura dei muscoli del collo o della nuca; quando la paresi delle braccia è maggiore di quella degli arti inferiori; quando si hanno disturbi della deambulazione che ricordano l'atassia cerebellare, sebbene, siccome questi disturbi sono in relazione con il vomito e con la vertigine, così essi si abbiano con maggior frequenza nei tumori della parte posteriore invadenti o comprimenti il cervelletto. Si sospetterà un tumore della parte media del corpo calloso quando manchi il vomito o lo si abbia solo casualmente, e quando la paresi degli arti superiori e quella degli arti inferiori si presentino quasi contemporaneamente e non raggiungano che tardivamente il grado di paralisi. Si sospetterà un tumore della parte posteriore del corpo calloso quando la paralisi cominci dagli arti inferiori, quando il facciale rimanga integro, quando tardivamente l'andatura divenga incerta e barcollante, sebbene, anco nei tumori del ginocchio, siano stati descritti disturbi deambulatori analoghi a quelli dei lobi frontali; infine quando i sintomi ricordino quelli delle lesioni cerebellari. Pare accertato che la lesione del corno di Ammone non possa di per sè produrre convulsioni epilettiche.

3. Fornasari di Verce. **Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia.**—Ogni individuo che impazzisce rappresenta per la società un capitale, che, cessando di essere attivo, diviene passivo a carico di lei. Ora il Fornasari fissa a cm. 25 il prodotto medio della giornata di lavoro di un malato. In base a tale somma, se, per es., lavorassero 12,000 malati, producendo in media per un anno di 300 giorni di lavoro 75 lire, si avrebbe un utile di 900,000 lire. Tale somma è piccola ma non insignificante; rappresenta un *minimum* facilmente superabile, per cui se una buona, seria ed oculata organizzazione del lavoro si attuasse nei manicomii, in un tempo relativamente breve si potrebbero raggiungere i milioni di utile.

4. Ricci. **Le stereotipie nelle demenze, e specialmente nelle demenze consecutive.** — Dopo una lunga analisi di fatti il Ricci conclude che alcune stereotipie ricordano fenomeni proprii di animali inferiori all'uomo, sorti d'improvviso come automatismi istintivi e senza antecedenti nella storia del soggetto; altre invece presuppongono una lunga abitudine individuale, una volta cosciente, ed ora resa inveterata e sempre più incosciente. Nel primo caso si tratta di reviviscenza di fenomeni atavici; nel secondo caso di fenomeni automatici propriamente detti, senza che fra i due gruppi si possa sempre riconoscere un limite distinto. La maggior parte delle stereotipie rientra però tra quelle da automatismo secondario. Le stereotipie si riscontrano per lo più nell'età avanzata (negli stati involutivi e secondari), ma anche in qualsiasi epoca della vita (negli stati degenerativi). Le stereotipie si iniziano gradatamente e poi persistono in genere lungo tempo. Esse sono un sintoma di grave significato, poichè sono spesso il

primo indizio di un indebolimento mentale, che trova forse la sua base anatomo-patologica nella scomparsa graduale dei varii sistemi di fibre associative.

5. GIANNELLI. **Sull' eredità di alcuni fenomeni onirici.**—Riferisce un'estesa casistica in cui dei fenomeni onirici paterni sono trasmessi ai discendenti. È certo che lo stato anormale del sangue può esser la causa di certi sogni. In tutte le sue osservazioni il Giannelli ha visto la manifesta influenza dell' esperienza mentale anteriore: si tratta cioè di funzioni motrici o sensoriali che si sono organizzate, non per mezzo dell'esperienza personale, ma per l'esperienza dei genitori.

6. CENI. **Le cosidette degenerazioni retrograde del midollo spinale in rapporto al ristabilirsi funzionale nel dominio dei nervi lesi.** –Le alterazioni degenerative ascendenti dei cordoni posteriori del midollo spinale, di qualunque origine esse possano essere, sono costantemente in intimo rapporto con il mancato ristabilimento della funzione di senso nel territorio di un nervo leso e suturato. I reperti anatomo-patologici delle sue ricerche vengono a dimostrare in modo incontestabile l' importanza capitale che deve avere la rigenerazione delle fibre nervose periferiche nel ristabilirsi della funzione di senso nel territorio di un nervo leso.

7. FINZI e VEDRANI. **Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce.**—Attenendosi al criterio clinico, che classifica le malattie secondo il decorso complessivo e l'esito, hanno visto che l'unica malattia che possa entrare in questo gruppo è l' ebefrenia dell'Hecker. I caratteri di questa sono anco comuni alla catatonia del Kahlbaum, alla paranoia fantastica e demenza paranoide del Kräpelin. Tali forme, per necessità clinica, sono riunite sotto denominazione nosografica: la demenza precoce.

8. R. BONFIGLI. **Sull' eliminazione del bleu di metilene nell'epilessia, nell'isterismo ed in alcune forme mentali.**—La durata dell'eliminazione del bleu di metilene in individui normali e nei paranoici cronici si compie in un periodo di tempo più breve di quello che suole avvenire negli epilettici, isterici, e negli stati confusionali. La curva d'eliminazione nei soggetti normali e nei paranoici cronici è sempre policiclica continua, mentre negli stati confusionali, deliranti degli isterici, negli epilettici in istato di male, e negli epilettici in cui l' iniezione fu eseguita immediatamente dopo l' attacco, essa ha presentato sempre qualche interruzione. Solo gli epilettici nel periodo intercalare offrono qualche volta (4-12) una curva policiclica continua.

9. MINGAZZINI e PACETTI. **Studio clinico sulle psicosi nevralgiche (in sensu lato).** Lavoro in continuazione.

10. GIUFFRIDA-RUGGERI. **Assimmetrie endocraniche ed altre particolarità morfologiche nella base del cranio.** — Vi sono dei cranii in cui l' asimmetria è tale che si rimane sospesi tra l'una e l'altra forma cranica (sfenoide, elissoide, ecc.). Alla 1ª forma appartengono le asimmetrie di minor grado, alla seconda le più gravi. Lo schema più comune dell'asimmetria è il seguente: la parte anteriore del cranio meno sviluppata a destra che a sinistra, la bozza parietale destra più indietro della sinistra.

11. MARIMÒ. **Contributo al valore semiologico della pupilla.** — Le pupille dei bambini sono sempre normali per ampiezza e per i riflessi, reagiscono però assai poco allo stimolo doloroso. Essendo la pupilla assai sensibile agli avvelenamenti (alcool, nicotina), se nell'adulto riscontransi anomalie, debbono ascriversi, esclusa una qualsiasi causa specifica, a tali intossicazioni. Le anomalie pupillari sono assai frequenti nelle malattie comuni (midriasi, anisocoria, modo di comportarsi ai riflessi). Le variazioni del diametro pupillare e dei riflessi sono un prezioso indice prognostico (De Giovanni). Le anomalie pupillari sono rare nei tubercolotici, più comuni nelle anemie, frequentissime nelle malattie delle vie digerenti; nell'isterismo e nella neurastenia le pupille sono sempre dilatate o al più normale, mai ristrette; rarissima è l'anisocoria ed il ritardo delle reazioni. Nelle nevralgie la pupilla è variabile. Nei tumori cerebrali esistono sempre gravi anomalie. Nelle emorragie cerebrali sono poco frequenti; si ha spesso miosi che è costante nelle emorragie del ponte. Nella meningite tubercolare basilare la pupilla offre gravi e complesse anomalie. Nella sifilide cerebrale si riscontra sempre anisocoria. Nella sclerosi a placche, nella siringomielia si trovano sempre pupille normali. Nella corea notasi quasi sempre midriasi; nella poliomielite anisocoria; nell'epilessia vi ha quasi sempre rigidità nell' accesso, ma talora miosi invece che midriasi; nell' intervallo predomina la midriasi. Nella tabe è costante la miosi ed il segno di Argyll-Robertson.

FORMULARIO

Nella iperclorìdria

Solfato di soda	gr.	30
Cloruro di soda.	»	30
Solfato di calcio	»	5
Carbonato di soda.	»	25
Borato di soda	»	10

Dà in iscatola. Un mezzo cucchiaino da caffè 3 volte al dì prima di colazione, prima di pranzo e prima di cena in un bicchier d'acqua.

Debove e Rémond.—**Cura delle dispepsie**

Contro il dolore:

Corteccia di condurango bianco	gr.	15
Acqua	»	300

Fate macerare per 12 ore, e riducete per ebollizione a gr. 150.

Un cucchiaio ogni due ore.

Corteccia di condurango polv. . gr. 15
Acido cloridrico . . . . gocce XV
Sciroppo di scorze d'arancio amare gr. 150
come sopra.

Contro l'anoressia:
Arseniato di sodio solubile. . gr. 0,05-0,10
Acqua distillata . . . . . . » 250
2-3 cucchiaini da caffè al giorno.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste in Portogallo

Riassumiamo un' importante articolo pubblicato dal *Liberal* sull' epidemia pestilenziale sviluppatasi in Oporto.

Le prime vittime del male risalgono al mese di giugno, e furono certi facchini che erano stati addetti ai lavori di scarico del vapore *City of York*, proveniente da Bombay, la città indiana così terribilmente infetta dalla peste.

Il Governo portoghese nascose la gravità del fatto per non far danno alle città marittime ove c'è ogni anno gran concorso di gente. Un immenso numero di bagnanti si trova attualmente nei porti di Figueira, Granja, Cascaes, Setubal ed altri. Più di 30,000 sono spagnuoli.

Ora, dice il *Liberal*, tutta questa gente dovrà fare ritorno precipitosamente; ma se si isoleranno Oporto ed altri porti e si impediranno le comunicazioni, quale sarà la situazione di quei tanti andati in Portogallo col denaro contato, approfittando dei grandissimi ribassi ferroviari?

Il *Liberal* mette in rilievo la leggerezza dei portoghesi, pure abitualmente rigorosissimi nelle misure sanitarie, e insiste sulla grave responsabilità del console spagnuolo in Oporto, che non aveva informato dovutamente il suo Governo sin dal principio di giugno. Si doveva impedire che migliaia di cittadini partissero per un paese infetto.

Secondo una notizia da Oporto, ricevuta al Ministero dell'interno, sinora si sarebbero verificati 32 casi di peste, di cui sei mortali. Si aspettano ora le decisioni del governo portoghese, e si spera che le autorità sanitarie prendano tutte le disposizioni necessarie, perchè se l'epidemia non si estingue subito, col venir dell'autunno potrà propagarsi terribilmente.

Lisbona.—Si sono verificati finora ad Oporto 34 casi di peste con 10 morti. Il 15 corrente sono stati constatati un decesso ed un altro caso di peste.

Madrid. — In seguito ai casi di peste segnalati ad Oporto, il governo ha decretato la sospensione delle comunicazioni col Portogallo fino a che non sia stabilito un rigoroso servizio d'ispezione sanitaria per le provenienze dal Portogallo.

La regina-reggente ha firmato i decreti che mettono in vigore le clausole della Convenzione sanitaria internazionale di Venezia.

Madrid.—Il Consiglio sanitario ha deciso di sottoporre a quarantena le provenienze dai porti del Portogallo e di stabilire un lazzaretto alla frontiera terreste verso il Portogallo.

Rio-Janeiro. — Una quarantena fu imposta alle provenienze dai porti portoghesi dell'Atlantico.

La febbre aftosa in Egitto

La *Stefani* comunica da Alessandria d'Egitto:

L'intero Egitto venne dichiarato affetto da febbre aftosa: avvennero 1827 casi dal 18 luglio.

Sanità pubblica

Notizie giunte alla Direzione di Sanità da Oporto dicono che finora non si ebbe alcuna conferma ufficiale circa i pretesi casi sospetti di peste bubbonica che sarebbero avvenuti in quella città.

Il Governo portoghese, dal canto suo, ha preso tutte le più severe disposizioni per soffocare qualunque germe di infezione. Le nostre autorità sanitarie si mantengono vigilanti, specialmente per le provenienze marittime. Per quelle terrestri, più di noi, sono interessati i Governi spagnuolo e francese.

La Cassa nazionale di previdenza per gli operai

La Cassa nazionale di previdenza per la invalidità e la vecchiaia degli operai ha già, presso la Cassa depositi e prestiti, una disponibilità di circa 12 milioni.

Quest'anno si sono avute elargizioni da Casse di Risparmio e da Congregazioni di Carità.

La Cassa di Risparmio di Roma offrì L. 100,000, quella di Torino L. 100,000, quella di Imola L.50,000 e quella di Palermo L. 2000.

Il fondo patrimoniale (già in cassa) è prelevato metà dagli utili delle casse postali di risparmio a tutto il 31 dicembre 1897, e metà dai biglietti consorziali prescritti.

In seguito il fondo sarà portato a 16 milioni con i seguenti cespiti:

Cinque decimi degli utili delle Casse di Risparmio postali, un terzo dei depositi giudiziari prescritti; coi depositi della Cassa depositi e prestiti prescritti; colle somme prescritte del fondo pel Culto; colle eredità vacanti devolute allo Stato e coi biglietti di Stato prescritti.

L'operaio, per assicurarsi una rendita vitalizia dopo 25 anni, paga un massimo di lire 100 ed un minimo di lire 6 (annuali).

La Cassa accredita ogni anno all'operaio una parte delle sopradette entrate e relativi interessi.

L'operaio può domandare la riserva dei suoi contributi a favore della sua famiglia. In questo caso diminuisce il suo beneficio.

L'operaio iscritto alla *mutualità*, oltre all'accreditamento del suo contributo e relativi interessi, viene accreditato del contributo della Cassa nazionale, dei contributi vacanti per morte dei soci e di ogni contributo da parte di enti morali ecc.

La Cassa di Risparmio d'Imola offrì le accennate

50 mila lire perchè l' interesse di questa somma vada a beneficio degli operai imolesi.

Ordine dei sanitari

L' ufficio di Presidenza del Consiglio federale degli ordini dei medici del Regno ha diramato alle Presidenze degli ordini e delle Associazioni mediche congeneri del Regno la seguente circolare:

Ill.mo signor Presidente,

« In seguito alla avvenuta costituzione del Consiglio federale degli ordini dei medici del Regno debbo, rivolgermi alla S. V. Illustrissima, affine di pregarla di volersi compiacere, di inviare a questa Presidenza copia del loro Statuto, l'elenco dei componenti l' ufficio di Presidenza di codesta onorevole Associazione ed il numero dei soci regolarmente inscritti.

Dato che lo Statuto di codesta Associazione non comprendesse tutte le condizioni espresse nell'articolo 2 dello Statuto federale, la S. V. si compiacerà notificarmi se codesta onor. Presidenza iniziò già le pratiche per la sanzione della inclusione di dette condizioni nel loro Statuto, e mi indicherà in tal caso quando approssimativamente detta sanzione potrà avere effetto.

Con perfetta osservanza

Il Presidente: *F. Durante* ».

GAZZETTINO

INGHILTERRA. *Mortalità.*—Dalla statistica testè pubblicata in Inghilterra si rileva che nel 1897 le morti furono 541,487, pari cioè al 17,4 per mille abitanti. Le contee che in quell' anno diedero le cifre più basse di mortalità sono Surrey col 13,3 per mille, Middlesex con 13,4, Sussex col 13,7 e Buckingamshire col 13,9. Quando potremo in Italia vantare simili risultati delle misure sanitarie?

LONDRA. *Al comitato di salute pubblica.*—Il presidente rileva il grande progresso fatto dalle condizioni sanitarie della città. La rabbia può dirsi scomparsa, le malattie popolari sono in rapido decremento attesi i provvedimenti igienico-economici adottati a prò degli operai.

GREENWICH. *Una scolaresca avvelenata col cibo.* —Una classe di bambini qualche ora dopo una colezione in cui si era preso del latte, del caffè e delle confetture, fu quasi tutta presa da dolori epigastrici con vomito, diarrea, e in qualcuno anche con collasso e paralisi degli sfinteri.

Parecchi bambini sono ancora in condizioni gravi: si attende l'esito della perizia medica.

LONDRA. *La patologia del Congo.*—Una missione diretta dal medico militare Van Campenhout, è partita il 29 giugno per il Congo ove impianterà a Leopoldsville un laboratorio fisiologico e batteriologico per lo studio delle malattie locali.

LONDRA. *La nuova Università.* — Con un voto supplementare sono state destinate altre 65000 lire sterline per i nuovi locali universitarii, per i quali si è creduto conveniente di ampliare l'area.

LONDRA. *Associazione nazionale per la prevenzione della tubercolosi,* — Segretario del comitato è stato nominato Seymour Fort. Si è stabilita la fondazione di un giornale intitolato *Tuberculosis* da servire come organo scientifico e mezzo di propaganda. È stato pure stabilito che un congresso internazionale per la tubercolosi si terrà a Londra nel maggio 1901.

BOMBAY. *Il colera a Madras.* — Si verificarono, nell'ultima quindicina parecchi casi di colera. Sul principio essi non avvenivano che fra indigeni, ora avvengono anche fra europei. Di questi vi furono già 39 morti.

BOMBAY. *Notizie della peste.* -- Finora vi furono 151 casi di peste con 121 decessi a Poona.

LONDRA. *La peste bubbonica.*—I giornali ufficialmente annunziano che la peste bubbonica è comparsa nell'isola Riunione. Vi furono oltre 30 decessi nell'isola Maurizio.

LONDRA. *Sieroterapia delle morsicature di serpenti.* -- Un uomo, che era già in collasso dopo un morso di serpente, fu curato col siero di Calmette.

LONDRA. *Innesto profilattico contro la malaria.* — Il Ministero della guerra, ha fatto sperimentare a scopo profilattico le iniezioni di siero contro la malaria, nell'esercito. Si sono avuti splendidi risultati, 36 ore dopo l'innesto si ha la reazione, che consiste in un lieve accesso malarico. L'individuo viene così ad essere immunizzato per un certo tempo contro la malaria.

LONDRA. *Spedizione per la malaria.*—Il 31 luglio è partita alla volta di Freetown e Sierra Leone la spedizione per lo studio della malaria organizzata assieme alla scuola per le malattie tropicali di Liverpool. Della missione fanno parte Ross, direttore della scuola di Liverpool, Annett, Austen e Van Neck.

NECROLOGIA

ROBERTO EBERARDO BUNSEN

Il 16 corrente è morto ad Heidelberg Roberto Eberardo Bunsen chimico tedesco. Era nato nel 1811 a Gottinga. Fu professore all' università di Marburgo e direttore di quell'istituto di chimica. Insegnò pure successivamente a Breslau e ad Heidelberg.

Egli è celebre per avere scoperto il contro-veleno dell'arsenico, e per avere inventato una pila di carbone che porta il suo nome. Fece anche notevoli studii sullo spettro solare.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

CELLULA NERVOSA E NEURONE

Da alcuni anni nuovi metodi di indagini hanno fatto scoprire nella cellula nervosa particolarità di struttura che ignoravansi o che erano state incompletamente descritte. La cellula nervosa è composta di un protoplasma amorfo, in cui sono distribuiti fasci di fibrille. Questi fasci costituiscono delle sottili trabecole, il cui insieme ha la forma di una rete regolare a maglie losangiche. Nelle maglie di questa rete sono ammassate granuli di una sostanza amorfa che differisce dal protoplasma fondamentale perchè essa si colora col bleu di metilene, con la tionina ecc., mentre il protoplasma si colora coll'eosina o col picrocarminio. Ne segue che una cellula colorata successivamente col bleu di metilene e con l'eosina, presenta ammassi losangici di sostanza fortemente colorato in bleu che fa contrasto col fondo colorate in rosso di eosina. Le strie fibrillari si vedono con una colorazione unica con l'ematossilina. Si è dato ai granuli colorati in bleu il nome di cromatofili ed al resto della cellula la denominazione di parte acromatofila. Le fibrille si continuano in tutti i prolungamenti e formano lo scheletro del cilindrasse e delle ramificazioni protoplasmatiche.

I differenti neuroni di cui si compone il sistema nervoso sono contigui, non in continuazione l'uno con l'altro. È facile riprodurre l'anatomia del sistema nervoso alla base della dottrina dei neuroni. Una serie di fibrille formanti un tronco cilindrassile e circondate di protoplasma costituiscono essenzialmente i nervi; queste fibrille formano una rete losangica contornata da protoplasma amorfo e contenente nelle sue maglie una sostanza differente dalle altre due. La riunione delle tre sostanze forma il corpo cellulare. Di qui una serie di ramificazioni protoplasmatiche si spande in tutte le direzioni e viene a contatto permanente o transitorio con le ramificazioni del neurone vicino. La riunione dei corpi cellulari e delle ramificazioni che ne emanano costituisce i centri nervosi. Se un'eccitazione colpisce un'estremità del neurone, questo reagisce con modificazioni di forma, di tensità, di struttura, di energia e di stato molecolare, e se è in contatto con altri neuroni, questi si comportano alla stessa maniera, in modo che l'eccitazione può essere trasformata a parecchie riprese od anche ritenuta in un punto del suo tragitto.

Noi possiamo subito comprendere come avviene l'atto nervoso più semplice, il riflesso. Sono sufficienti due neuroni, l'uno che riceve l'impressione dal di fuori (sensitivo) e l'altro che trasmette l'impressione del primo ad una placca motrice (motore). Possiamo del pari immaginare l'atto nervoso più complesso: un neurone in rapporto con l'organo dell'udito riceve un'impressione e la trasmette ad un gruppo di neuroni con cui è a contatto; ciascuno di questi trasmette l'eccitazione ad una serie di altri gruppi infinitamente varii, e dopo un tragitto così lungo l'impressione divisa, dissociata, abbandona una parte delle sue forze nei varii neuroni. Altre eccitazioni trovano in altri neuroni un tragitto più facile o per l'aggiunta di azioni coadiuvanti acquistano maggiore potenza, ed arrivando alla loro meta eccitano le regioni motrici. In ultima analisi l'eccitazione partita dagli organi di Corti arriva ai muscoli della lingua, della bocca e del laringe ecc.

Esiste in ogni corpo cellulare un nucleo situato verso il centro e contenente uno o più nucleoli. Esso è l'elemento più resistente. Le sue funzioni sono ignote, ma si afferma che esse sono nutritive. É probabile che i prolungamenti protoplasmatici, offrendo una vasta superficie d'assorbimento, servano pure alla nutrizione della cellula per imbibizione. Si ammette una specie di contrasto tra l'ufficio nutritivo del nucleo e del protoplasma e quello delle fibrille e dei granuli cromatofili che sembrano deputati alla conduzione dell'energia nervosa e fors'anche alla sua produzione.

Con gli antichi metodi di indagine non si conoscevano che le lesioni grossolane che alteravano la forma ed i contorni delle cellule. I metodi recenti permettono di scoprire nelle cellule alterazioni minute e sistematizzate e di stabilire questa nuova legge, che una cellula, separata dal suo prolungamento cilindrassile soffre, separata da tutti i suoi prolungamenti muore. Queste leggi dimostrano che le eccitazioni che percorrono il neurone, sia in senso centripeto che centrifugo, sono condizioni necessarie per la sua esistenza.

Ecco le lesioni cellulari messe in luce dalla moderna tecnica. La cellula normale ha una figura poliedrica, e ciascuno dei suoi margini è concavo. Essi possono patologicamente dive-

nire piani, poi convessi, in modo che la cellula assume un aspetto globoso, sferoidale, ovoidale.

I prolungamenti circoscritti in condizioni normali da linee dritte e concave, possono patologicamente avere margini convessi ed irregolari ed assumere aspetti moniliformi e varicosi. Il nucleo è situato normalmente verso il centro della cellula; patologicamente può essere spostato verso uno dei lati ed anche oltrepassarlo e fare ernia al di fuori della cellula od in un prolungamento. Talvolta i suoi contorni possono sparire, come se si fondessero con la sostanza stessa della cellula. Il nucleolo normale è ovalare od arrotondito, a margini netti: in condizioni patologiche i suoi contorni possono assumere forme diverse. Infine la sostanza acromatofila o sostanza fondamentale del nucleo e della cellula può anch'essa presentare delle modificazioni, in quanto assume sostanze coloranti che rifiuta nello stato sano.

Le lesioni grossolane delle cellule nervose sono costituite da rotture, fessure, lacerazioni del corpo cellulare o dei prolungamenti, pulverulenza, abrasione della cellula e del nucleo: l'elemento si riduce allora in forma di una massa opaca, pulverulenta, informe.

Le lesioni della sostanza cromatofila si designano col nome generale di cromatolisi. La quale può essere totale, periferica, centrale. E' totale quando l'insieme degli elementi cromatofili si fondono, e spariscono nel protoplasma che assume una tinta generale pallida e diventa opaco. E' centrale quando il fenomeno si verifica nelle granulazioni centrali, in modo che il centro della cellula pallido e torbido contrasta con i margini dove si vedono i granuli cromatofili. E' periferica quando il centro dell'elemento resta normale, ed ai margini scompariscono le zolle di cromatina. Il grado più spiccato di cromatolisi centrale o periferica può metter capo alla cromatolisi totale che allora si dice di origine centrale o periferica.

Le lesioni di cui si è parlato possono aggrupparsi in modo da costituire tipi anatomo-patologici molto varî. A ciascuno di questi tipi corrisponde una certa sofferenza della cellula di fronte a parecchi agenti patogeni. Il primo tipo può essere il seguente: la cellula si gonfia, si arrotondisce, il nucleo diventa periferico, i granuli cromatofili del centro della cellula si fondono. Questo tipo si osserva quando il prolungamento cilindrassile è la sede di una lesione che interrompe la conduzione. Ma simili figure si possono osservare anche in casi in cui non pare che il prolungamento periferico sia stato il primo ad essere colpito. Reciprocamente il prolungamento periferico può essere leso, senza che si manifesti l'indicata alterazione della cellula (Déjerine, van Gehuchten). Nondimeno quando si incontra questo tipo di alterazione in modo netto e frequente, si può presupporre una lesione primitiva del nervo periferico. Questa alterazione della cellula è riparabile.

In un secondo tipo i granuli cromatofili scompariscono alla periferia e si conservano relativamente intatti al centro, in modo che nella cellula si vedono due zone, l'una scolorata, l'altra quasi normale. Questa lesione è rara, ed è stata osservata in alcuni casi di avvelenamento; pare che essa sia la conseguenza di azioni nocive agenti bruscamente e gravi, come in seguito alla legatura di un vaso nutritivo o di un'intossicazione acuta di tutto l'organismo. Marinesco crede che queste lesioni si spieghino con la penetrazione centripeta di un veleno nella cellula, del quale questa si imbibisce come una spugna.

Il terzo tipo è il più frequente per la ragione che esso non è, come i precedenti, un tipo elementare, ma una serie di lesioni di cui noi non conosciamo esattamente il significato. Le cellule sono arrotondite, globulose, i prolungamenti gonfi, irregolari, poco appariscenti: il nucleo resta sano; le granulazioni cromatofile sono uniformemente disparse e la cellula presenta un colorito ora scuro, ora chiaro. Quando la lesione è avanzata, il nucleo si presenta a contorni indecisi, il nucleolo è gonfio, diffuso. Infine il protoplasma cellulare può essere ridotto ad un ammasso in forma di colorito appena visibile. La lesione dei prolungamenti va di pari passo con quella della cellula. Queste alterazioni sono irreparabili anche nei loro primi stadi.

Nel quarto tipo i contorni della cellula sono leggermente arrotonditi, le granulazioni cromatofile sono poco nette e formano, riunendosi, ammassi a contorni irregolari. Una gran parte della cellula si riempie di pigmento giallo. Il volume totale dell'elemento può essere aumentato, ma talvolta è diminuito e la cellula ridotta ad un piccolo nodulo spesso costituito soltanto da pigmento. Il nucleo è la parte che resiste di più. Quest'alterazione può essere dovuta a disordini vasali di lunga durata, come nei vecchi e negli arteriosclerotici.

Nel quinto tipo la cellula contiene un protoplasma pulverulento, colorito da una tinta vitrea. Le granulazioni cromatofile si colorano male e sono poco distinte, i prolungamenti sono gonfi ed i margini cellulari erosi. Il nucleo si colora ed il nucleolo è gonfio ed a contorni irregolari. Queste lesioni si osservano in animali infetti e morti dopo agonia lunga ed in soggetti che hanno subito un principio di putrefazione cadaverica. In breve pare che queste lesioni sieno dovute a fermentazioni agoniche e cadaveriche della cellula.

Dall'insieme delle cognizioni precedenti si possono desumere alcuni principii da servire di guida nella ricerca delle lesioni cellulari. L'elemento più resistente della cellula, quello che si altera in ultimo, è il nucleo; l'elemento più fragile è la granulazione cromatofila. In generale si può dire che un'alterazione limitata ai granuli cromatofili, insieme a gonfia-

mento del protoplasma con spostamento del nucleo, è segno non di morte, ma di malattia della cellula; è quindi possibile la guarigione. Una lesione che colpisce il protoplasma, il nucleo ed il nucleolo induce la morte della cellula.

E' possibile differenziare le alterazioni cellulari contemporanee a fermentazioni agoniche o cadaveriche da quelle prodotte nel vivente. In ogni caso la diagnosi sicura di una lesione si farà tutte le volte che questa sarà riscontrata in modo netto in un grande numero di cellule.

Come effetto delle lesioni cellulari e dei prolungamenti, la produzione e la trasmissione dell'energia nervosa può venire sospesa in qualche punto del tragitto del neurone; così si può osservare il rallentamento o la soppressione degli atti riflessi ed anche anomalie diverse nella loro produzione.

BIBLIOGRAFIA

Struttura della cellula nervosa normale:

Nissl. Com. au Congr. de Neur. de Baden-Baden, 1894. — id. *Centralbl. f. Nerv. u. Psych.* 1894. —von Lenhossek, Fischer. Berlino 1895.— Donaggio. Sulla pres. di un reticolo nel protopl. della cell. nerv. — Ramon y Cajal. *Monats. f. Psych. u. Neurol.* 1897. — Colucci. *Ann. di Neurol.* anno XIV. — van Gehuchten. Anatomie du syst. nerv. de l'homme. — Marinesco. *Presse mèd.* 1897.

Neuroni e sui prolungamenti:

Marinesco. *Presse mèd.* 1895. — Joury. *Arch. de neurol.* 1897.— Kölliker. *Wurzb. Phys. med. Gesellsch.* 1895. — Soury. *Rev. gèn. des sc.* 1898. — Deyter. *Thèse de Paris*, 1898.—Julinsberger. *Neurol. Centralbl.* 1896. — Levi. Rivista di patol. nerv. e mentale 1896.

Psico-fisiologia della cellula nervosa:

Belmont. *Riv. sperim. di Fren.* 1896.—Flechsig. Congr. di Francoforte, 1896. — Soukhanoff. *Arch. de Neurol.* 1897. — Soury, *ibid.*

Sonno, veglia, inanizione, sforzi, elettrizzazioni:

Lugaro. *Lo Sperimentale*, 1895. — Monti. *Rif. Med.* 1895.— Pugnat. *Acad. d. Sc.* 1897.— Valenza. *Boll. Acc. di Napoli*, 1896. — Heger. *Bull. acad. mèd. belg.* 1897 e *Mèd. mod.* — Lugaro e Chiozzi. *Riv. di pat. nerv. e ment.* — Daddi, ibid. 1898. — Odier. *Mèd. mod.* 1898.

Commozione, choc., compressione, arresto di circolazione:

Bikeler. *Centr. f. Nervenh.* 1874. — Luzenberger. *Ann. di neurol.* 1897. — Friedmann. *Deut. Zeitschr. f. Nervenh.* 1897.—Kirchgnesser. *Münch. med. Woch.* 1898. — Neumayer. *Deut. Zeit. f. Nervenh.* 1896. — Sarbo. *Neurol. Centralbl.* 1896. — Lamy. *Arch. de phys.* 1895-97. — Daddi. Soc. di Pavia, 1896.

Patologia della cellula nervosa.

Nissl. *Neurol. Centralbl.* 1896. — Ruta. *Rif. Med.* 1896. — Marinesco. *Presse mèd.* 1897. — Bullet e Faure. *Rev. neurol.* 1898. — Goldscheider e Flatau. Rapport au Congr. de Moscou.— Marinesco. *Soc. de Biologie*, 1895.— Ballet et Dutil. Congr. des alien.—Lugaro. *Riv. di pat. nerv. e mentale.* 1896. — Ceni. *Rif. Med.* 1894. — Ballet. *Soc. mèd. des. hòp. de Paris*, 1897. — Marinesco. *Sem. mèd.*, 1898.— v. Gehuchten. *Mèd. mod.*, 1897.— Dotto e Pusateri. *Il Pisani.* 1897.—Campbell. *The journ. of. ment. sc.* 1894. — Antonini. *Boll. de Soc. med.*, prov. Bergamo 1896. — Hoppen. *Arch. f. Psych.* 1896. — Cristiani. *Ann. di neurol.* 1897. — Dotto. *Riv di med. legale*, 1897. —Dotto. *Il Pisani*, 1896. — Acquisto e Pusateri. *Riv. di patol. nerv. e mentale* 1896. — Donetti. *Gazz. degli Ospedali.*—Sacerdotti ed Ottolenghi. Riv. di patol. nerv. e mentale 1897. — Gabbi ed Antinari. *Rif. Med.* 1898.—De Grazia. *Arch. di med. interna* 1898. — Nageotte et Etlinger. *Soc. de Biol.* 1898. — Tizzoni. *Beitr. zur Path. Anat.* 1889. — Boccardi. Acc. med. di Napoli, 1897. — Voinet. *Rev. neurol.* 1896.—Déjerine. *Soc. de biol.* 1897. — Marinesco. *Soc. de biol.* 1897. — Leontini. *Rif. Med.* 1898. — Barbacci e Campacci. *Riv. di patol. nerv.* 1897. — Neppi. ibid. 1897. — Levi. ibid,

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale del R. Istit. super. di Firenze diretta dal prof. P. GROCCO

SUL DIVERSO MODO DI AGIRE DELLA TOSSINA TIFICA E DELLA DIFTERICA A SECONDA CHE SIANO INIETTATE NELLA VENA PORTA O NELLA VENA GIUGULARE.

Ricerche sperimentali (Prima serie)

Dottor Gustavo Padoa

(*Cont.— V. num. prec.*)

Ritornando al metodo da me seguito aggiungo che ogni volta che un animale venne a morte feci culture dal sangue del cuore e, per gli animali inoculati nella porta, anche del peritoneo. E fu provvida precauzione, giacchè lo aver trovato in qualche caso sviluppo di germi del peritoneo e in un caso del sangue del cuore mi impedì di accrescere la mia statistica di esperimenti che non dovevano starvi.

Non mi indugerò a parlare della tecnica operatoria per l'iniezione nella vena porta già che gli esperimenti di simil fatto sono divenuti oggidì così frequenti che la tecnica è entrata nella conoscenza e nell' uso comune. Mi son valso di una siringa Behring, introducendo l'ago obliquamente nelle pareti venose con che si evita facilmente anche la più piccola emorragia e iniettando sempre a lentissima pressione.

Spenderò invece qualche parola per dir brevemente del modo cui producevo la tossina. Procurai anzitutto di avere delle buone colture di tifo e difterite; e avutele ne aumentai vieppiù la virulenza passandole successivamente sotta la dura madre di varie cavie, secondo il metodo usato nella nostra Clinica con ottimo resultato da Daddi e Silvestrini, col quale la virulenza dei microorganismi si esalta assai più che per iniezioni endoperitoneali. come io

stesso potei constatare specialmente per la difterite, giacchè per il tifo l'esperienza dei miei maestri rendeva inutile a me fare il raffronto. Dirò anzi che dal passaggio sottodurale non solo si avvantaggiava la virulenza dei microrganismi ma anche altre loro proprietà vitali, come quelle del riprodursi e del moltiplicarsi giacchè vidi crescere assai pronte e rigogliose le culture che provenivano da innesti sottodurali che non quelle che provenivano da inoculazioni endoperitoneali.

Ottenuta la coltura virulenta in un grosso pallone di brodo di capacità variabile fra i 250-500 c.c., esperimentai varii mezzi per ottenere una tossina assai venefica per modo da poterne iniettare pochi c.c. e rendere così più semplice e spedito l'atto operatorio negli animali. Esperimentai il calore: divisa la cultura in vari piccoli palloncini di 20–25 c.c. dopo averla filtrata per carta, portavo questi matraccini a 60°, e a questa temperatura li lasciavo per un quarto d'ora ripetendo la sterilizzazione per tre giorni consecutivi. Dopodichè li mettevo nel termostato onde scartare quelli che intorbidandosi dimostrassero di contenere germi.

Questo metodo corrisponde abbastanza bene per la produzione della tossina tifica; per la difterica non posso dire altrettanto giacchè da culture virulentissime ottenevo tossine assai poco attive. Mi convenne quindi provare la filtrazione; e dopo aver provato il filtro Kitasato col quale potei ottenere una discreta tossina difterica, mi fermai al filtro Bekefeld come a quello che me la dava ottima. La tossina filtrata veniva divisa colle debite precauzioni in varii palloncini sterilizzati che mettevo nel termostato, servendomi poi di quelli che dopo due o tre giorni di permanenza si mostravano sempre perfettamente limpidi.

Debbo notare che le culture da cui si preparava la tossina venivan lasciate parecchi giorni in termostato: da cinque a sette per le culture di tifo, da dodici a quindici per quelle di difterite.

Preparata la tossina, ne saggiavo la virulenza su topolini bianchi, su cavie e su conigli; e, fatta una idea approssimativa della sua tossicità, la adoperavo, senz'altro per le esperienze, procurando di servirmene nel più breve tempo possibile; giacchè vidi, specialmente per la tifica, diminuire considerevolmente la virulenza in pochissimi giorni.

Innanzi di stringere in poche cifre i risultati ottenuti onde poter giungere ad una qualche conclusione accennerò brevemente ai fenomeni presentati dai miei animali iniettati con tossine. Evidentemente esiste una notevole differenza nel modo di agire del veleno tifico e del difterico: in quanto che il primo da un complesso sintomatologico nel quale prevale l'abbattimento profondo, lo stato comatoso, mentre nella sindrome determinata dalla tossina difterica tengono primo posto l'eccitazione e le convulsioni gravissime, violente, ripetentisi a brevi intervalli o spontaneamente o eccitate da uno stimolo anche minimo esercitato perifericamente.

Un fenomeno comune per le due tossine fu la diarrea; ma mentre negli avvelenati con tossina tifica venivano emesse quasi esclusivamente feci, in quelli che avevano ricevuta tossina difterica le feci eran commiste a larghi brandelli di muco, esponenti di una enterite che l'esame della mucosa intestinale faceva poi confermare alla necroscopia.

Seguitai per qualche tempo ad estrarre la orina dalla vescica degli animali che mi morivano attossicati ed a tener calcolo della presenza in essa di albumina che mi veniva rivelata dai comuni reattivi (cloruro sodico e acido acetico, reatt. di Esbach). Senonchè, avendomi il prof. Silvestrini richiamato a portar la maggior circoscrizione su questo fatto, ed avendomi detto come la stessa reazione egli avesse ottenuta dall'orina di conigli sani, volli fare io pure qualche prova di controllo, il cui resultato fu di piena conferma a quello ottenuto dal mio Maestro; tanto che avendo anche nell'orina di conigli sani ritrovato in grado maggiore o minore un inalbamento che poteva simulare l'albumina, tralasciai d'allora in poi queste ricerche. parendomi d'altro lato che la presenza o meno di albumina poco potesse aggiungere ai resultati che fosse per darmi l'esame istologico dei reni.

Tossina tifica.—Ho eseguito gli esperimenti in 16 coppie, cioè 32 conigli. Ma il rigore con cui mi sono studiato di vagliare le mie ricerchè premendomi assai più di aver poche prove inoppugnabili che parecchie di dubbia fede, mi ha indotto a scartare un buon numero di esperienze: sei su sedici, talune per peritonite. taluna per tossina inattiva onde entrambi gli animali inoculati sopravvissero, una anche per setticemia diplococcica. Dei rimanenti 10 espe-

menti, in nove morì prima o morì soltanto il coniglio inoculato nella porta e morì dopo oppure sopravvisse quello inoculato nella giugulare, in uno soltanto accadde il contrario cioè soccombette l'animale iniettato nella giugulare mentre sopravvisse l'altro iniettato nella porta.

Nei primi nove esperimenti concordi in sette, il coniglio inoculato in vena periferica sopravvisse dopo aver superato un periodo più o meno lungo di abbattimento, di diarrea etc. In due casi il coniglio iniettato perifericamente morì dopo quello iniettato nella porta: e la differenza fu in un caso di ore 12 circa, in un altro di giorni tre.

Onde, in base alle esperienze descritte, mi sembra di poter trarre la conclusione che nel coniglio la tossina tifica uccide più presto e a minor dose iniettata nella vena porta piuttosto che iniettata in una vena periferica.

Un solo esperimento, come ho detto, fu discorde. Ma se considero che quell'esperimento fu eseguito con una tossina che su altri conigli mi si era dimostrata poco attiva, lasciando sopravvivere tanto quelli che l'avevano ricevuto nella porta, quanto quelli nei quali l'avevo iniettato nella giugulare, e se considero ancora che in questo stesso esperimento discordante, mentre sopravvisse il coniglio inoculato nella porta, morì in brevissimo tempo quello iniettato perifericamente con tale copia e gravità di lesioni e con tale una necrosi renale quale non mi fu dato più mai d'osservare, mi vien fatto spontaneo di ammettere che questo coniglio debba essersi trovato in specialissime condizioni, tali da fargli risentire immensamente più di quel che non accade nella media gli effetti di questa tossina tifica.

Circa gli effetti più gravi prodotti dal veleno tifico quando è iniettato nella vena porta che quando è introdotto per una vena periferica potrei addurre ancora un altro argomento fornitomi dal fatto che in due casi in cui la dose o la virulenza della tossina furono incapaci ad uccidere gli animali: diedero loro solo qualche giorno di abbattimento, di diarrea ecc.: ripesando dopo pochi dì i conigli trovai il peso assai più diminuito in quelli iniettati nella porta che in quelli inoculati nella giugulare.

Tossina difterica.—Anche per questa ho eseguito sedici esperimenti su trentadue conigli; di questi ne scarto cinque: quattro per tossina inattiva, uno per peritonite. In tutti gli undici rimanenti morì prima o morì soltanto l'animale iniettato nella giugulare. In uno la differenza fu così scarsa (3 ore circa) che poco posso tenerne conto. Degli altri in due casi sopravvissero i conigli inoculati nella porta, nei rimanenti i conigli iniettati nella porta morirono o qualche giorno o qualche ora dopo quelli iniettati nella giugulare, a seconda della dose e della attività della tossina. La differenza fu:

in 1 caso (Esp. VI) . . . di giorni 5 ½
in 1 caso (Esp. V) . . . » 3 ½
in 2 casi (Esp. X e XV) . » 1
in 3 casi (Esp. XII-XIII-XIV) 9 e 10 ore
in 1 caso (Esp. IX) . . . . di ore 7

Da queste esperienze mi sembra di poter trarre la conclusione che la tossina difterica uccide più presto e più facilmente il coniglio iniettatagli in una vena periferica piuttosto che iniettatagli nella vena porta.

Assolutamente opposti i resultati ottenuti colle due diverse tossine. Talchè mentre resulta che il veleno difterico passando attraverso il fegato agisce sull'organismo in modo meno grave e meno pronto, precisamente il contrario avviene invece per il veleno tifico.

Io mi contento di avere portati dei fatti raccolti nel modo più severo e rigoroso che mi fu possibile e non intendo avventurarmi nel terreno della ipotesi dove troppo facile sarebbe smarrirsi. Mi limiterò ad una sola osservazione che mi sembra logica: l'aggravamento che si riscontra negli effetti della tossina tifica pel suo passaggio nel fegato non credo si possa spiegare con una mancata azione protettiva di quest'organo; giacchè in tal guisa potrebbe spiegarsi un uguale effetto dell'iniezione portale e della giugulare, ma non un effetto più grave della prima sulla seconda. In due modi mi sembra che del fenomeno possa darsi ragione: o pensando che la tossina tifica iniettata nella vena porta eserciti sulle cellule epatiche un'azione di contatto che ne paralizzi l'attività e che quindi rende più grave la condizione dell'animale pel sovrapporsi ai fenomeni di intossicazione dei fenomeni di anaepatia quali si possono riscontrare in individui affetti da gravi malattie epatiche (alla quale ipotesi si può forse opporre, parmi, la rapidità colla quale in generale si aveva la morte) oppure pensando che questa speciale tossina arrivando nel fegato, che fisiologicamente rappresenta un centro attivissimo di

operazioni cliniche svariate e complesse, vi provochi meglio e più rapidamente la elaborazione di veleni che diano luogo ad una intossicazione. *(continua)*

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE DEGLI ENFANTS-MALADES DI PARIGI
Prof. Grancher

Casistica del prof. Marfan

Eczema dei poppanti. — Ha sede principalmente alla faccia ed al cuoio capelluto, e, quando si estende al corpo, è dopo avere occupato queste regioni. Presenta tutti i caratteri dell'eczema seborroico ed è generalmente molto pruriginoso; comincia verso il 3°-4° mese, e, se abbandonato a sè stesso, non scompare se non dopo lo svezzamento; questi bambini poi conservano spesso una tendenza alle affezioni eczematose comuni. Questo eczema prende talora una forma speciale: la secrezione scompare e la lesione prende allora il nome di eczema secco ma questa trasformazione pare farsi allorquando lo stato generale si modifica, quando, per esempio, il bambino, che era obeso, dimagra. Il pericolo vero di questo eczema è l'infezione, che dà origine a differenti complicazioni e particolarmente all'impetigine, alla rinite, congiuntivite, stomatite, labialite impetiginosa, ecc. L'infezione può anche provocare delle setticemie gravissime, delle broncopulmoniti. Tra le cause si è invocato il neuro-artritrismo ereditario, ma la causa vera risiede nella iperalimentazione e nel difetto di metodo nell'alimentazione. Questi bambini hanno quasi sempre dei disturbi digestivi, or leggeri, e permettono allora l'ipernutrizione, l'obesità commista al pallore, ora gravi ed inducono la cachessia. Talvolta, infine, si osserva il rachitismo, degli accidenti eclampsici, ecc. Si è incriminata pure l'alimentazione difettosa della nutrice; ma essa non gode lo stesso ufficio dell'iperalimentazione. Questa nozione etiologica ha molta importanza, perchè indica sovratutto di regolare il regime. Ogni 15 giorni, se si tratta di bambini di più di sei mesi, il bambino resterà alla dieta con acqua bollita fino a mezzogiorno e prenderà a questo momento in due ore con 1|2 d'intervallo le polveri seguenti:

Calomelano a vapore	gr. 0,01.
Polvere di zucchero	» 0,50.

divisi in quattro carte.

Il calomelano non deve darsi prima dei 3 mesi, e dopo quest'epoca non deve oltrepassare un centigrammo. Come cura locale si può usare l'acido picrico, che è di un maneggiamento facile e dà dei buoni risultati. si fanno cadere dapprima le croste mediante i cataplasmi o l'applicazione di una maschera di caoutchouc e si pennellano quindi le superficie con una soluzione d'acido picrico all'1 0|0. Si lascia disseccare, poi si applica una medicatura protettiva non impermeabile. Ogni due giorni, si ricominciano le pennellazieni e si usa un po' più tardi la pomata all'ossido di zinco. Ma questa cura locale non produce nulla se non si fissano le quantità di latte e le ore in cui debbono esser date.

Erisipela della faccia. — Un bambino di 5 mesi, nutrito con il latte sterilizzato, presenta i segni manifesti di una erisipela della faccia e del cuoio capelluto. Questa affezione affetta nei poppanti l'andatura clinica dell'erisipela detta chirurgica; cioé sorge in vicinanza d'una ferita e guadagna in seguito il resto del corpo senza regolarità; così presenta maggior gravità dell'erisipela ordinaria. Nondimeno quando non esistono complicanze, l'affezione scompare progressivamente. È importante in questi casi occuparsi dello stato generale. Si darà ogni tre ore gr. 60 di latte addizionato di gr. 40 d'acqua bollita zuccherata, e gli si faranno dei bagni a 33°-34° tutte le volte che la temperatura oltrepasserà i 39°. Di più sulla regione invasa dal rossore erisipelatoso si faranno dell'unzioni con

Guaiacolo	gr. 4
Vaselina	» 30

Scollamento epifisario sifilitico dell'omero. — La madre di un bambino ha abortito, pria della di lui nascita, sei volte; il padre ebbe la sifilide 13 anni addietro. Egli presenta una pseudo-paralisi sifilitica del braccio sinistro, o malattia del Parrot. Si sa che trattasi allora di una impotenza senza paralisi vera, dovuta ad una lesione dello scheletro, una epifisite dell'omero, con scollamento dell'epifisi omerale. Ma, mentre che in simili casi è quasi sempre colpita l'epifisi dell'estremità superiore, qui è quella dell'estremità inferiore. Questa lesione è interessante a conoscere poichè darebbe facilmente luogo ad un errore di diagnosi, errore che potrebbe esser pericoloso dal punto di vista prognostico. Il Parrot, infatti, considerava questa affezione come fatale; ma dalla sua epoca si son visti molti casi guarire sotto l'influenza della cura. Occorre per ora un regime particolare e si prescriveranno poi le frizioni mercuriali alternativamente su ciascun lato del corpo con la pomata seguente:

Unguento napolitano }
Vaselina } . . ana gr. 15

Di questa pomata si prenderà quanto una piccola nocciola e si faranno delle frizioni ogni giorno sulle parti laterali del tronco; evitando di metterne nelle pliche ed avendo cura di insaponare previamente la pelle quando si applicherà la pomata su di una parte giá frizionata. Siccome esiste un certo grado di coriza, s'introdurrà nelle narici, una volta al giorno, un po' della pomata seguente:

Calomelano	gr. 0,10
Vaselina	» 10,

Bisogna, infine, evitare all'arto tutti i movimenti dolorosi, ma non si faccia l'immobilizzazione.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III. CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall'8 al 12 agosto 1899.

II.

Bonnaire e Bué. **Sulla mobilità delle articolazioni pelviche e influenza dell'attitudine della donna sulla capacità dei diversi piani del bacino.** — Le dimensioni del bacino specie a livello dei due distretti, superiore ed inferiore, possono modificarsi a seconda l'attitudine impressa al tronco e alle membra pelviche della donna. Questo cambiamento di rapporto tra i diversi diametri del bacino è favorito dal rilasciamento delle sinfisi pelviche, che si produce a grado variabile sotto l'influenza della gravidanza. Quando lo stretto superiore si allarga, lo stretto inferiore diminuisce in tutti i suoi diametri a causa dell'antepulsione del coccige e dell'avvicinamento concentrico dei due ischi. L'attitudine d'iperestensione di tutto il corpo, (il tronco prendendo appoggio colla regione sacrale in un piano resistente), ha per effetto d' ingrandire il distretto superiore in senso sagittale, poichè in tal modo mentre il sacro viene ad esser portato indietro il pube si abbassa. Questa attitudine usossi empiricamente nel secolo XVI per facilitare il parto. La sua influenza sull'allargamento del bacino d' avanti indietro è stata mostrata da Crouzat nel 1881. Tale posizione è stata applicata sistematicamente nelle viziature pelviche superiori da Walcher nel 1889. La posizione detta del « taglio perineale » allarga lo stretto inferiore nel senso trasversale. La posizione iperestesa è indicata per favorire l'espulsione spontanea della testa nelle diverse forme di viziatura di bacino da rachitismo. Si noti però che per ottenere un'ingrandimento sufficiente i due pubi debbono esser abbastanza mobili. Tale posizione è anche ottima per l'estrazione della testa col forcipe, sia per estrarre manualmente la medesima che non si é potuta disimpegnare dallo stretto superiore impiccolito. La posizione del taglio perineale si deve preferire in quei casi dove esiste un impiccolimento dello stretto inferiore (bacino cifotico), o quando la testa in posizione frontale, è inchiodata nel piccolo bacino, per cui deve essere estratta col forcipe, oppure nei casi in cui si deve fare l'estrazione manuale del tronco per eccessivo volume del medesimo.

Walcher correlatore, rivendica la sua posizione iperestesa, contro quelli che pretendono che questa posizione sia stata già indicata da Scipione Mercurio, poichè quest'autore propose soltanto di mettere la donna in questa posizione per esplorare meglio i genitali delle donne obese. Prima della pubblicazione del Walcher, nessuno supponeva che le dimensioni del bacino potessero modificarsi con un cambiamento di posizione della donna.

Pinzani correlatore dice che oggidì é indubitabile che la coniugata vera s'ingrandisca progressivamente quando si fa prendere alla donna l' un dopo l'altra la posizione del taglio perineale, quella ostetrica e quella di Walcher. Le divergenze sorgono in quanto riguarda il grado di questo aumento. Secondo Walcher l'aumento sarebbe da 8 a 15 millimetri. Pinzani ha trovato in 102 donne, poste nella posizione di Walcher un aumento della coniugata in media di 17,5 millimetri. Egli inoltre ha costruito un disegno della forma scientifica del cavo pelvico in taglio sagittale, tanto nella posizione del taglio perineale, che in quella di Walcher.

Leopold. **Rapporti dell' operazione cesarea colla sinfisiotomia, craniectomia e parto prematuro artificiale.** — Se si è in presenza di una multipara la quale ha avuto uno o più parti penosi a causa di ristrettezza della pelvi, il parto prematuro artificiale è indicato, se il bacino non è troppo piccolo (diametro antero-posteriore al di sopra di 7 cm., nel bacino piatto, semplice o rachitico, 7 centimetri e $1/2$ nel bacino *aequabiliter iuxta minor*). Il momento di scelta per l'intervento è la 35ª settimana della gravidanza. Affinchè l' esito favorevole sia quasi assicurato, bisogna che il sacco delle acque sia conservato e che il feto si presenti per il vertice.

La craniotomia e indicata:

1. A feto morto in bacino ristretto. 2. Quando il feto soffre, e l'impiccolimento del bacino è uno ostacolo per la evoluzione spontanea, per la versione e per il forcipe medesimo. Il pericolo per la madre è grande per rischiare una sinfisiotomia od una cesarea, quando poi non si è sicuri che il feto nascerà vivo. 3. Quando il feto è in ottime condizioni, in clinica la craniotomia non si farà che in via eccezionale, in pratica privata invece spesso bisognerà anche ricorrervi a feto vivo essendo la cesarea e la sinfisiotomia delle operazioni pericolose. L'indicazione dell'operazione cesarea assoluta nei casi in cui il diametro antero-posteriore è al di sotto di 6 centimetri, è relativa invece da 7 $1/2$ a 6 centimetri. La sinfisiotomia non è indicata che nei bacini di 7 $1/2$ a 6 $1/2$ cm., epperò le sue indicazioni sono più ristrette di quelle dell' operazione cesarea.

La scelta della sinfisiotomia o della operazione cesarea, ad indicazione relativa. dipende dalla esperienza dell' operatore. I risultati delle due operazioni, eseguite nelle identiche condizioni, sono eguali sia riguardo alla madre che al prodotto del concepimento.

Hartman. **Valore relativo dell' antisepsi e dei perfezionamenti della tecnica nei risultati attuali della ginecologia operatoria.** — Paragona la pratica e i risultati, ottenuti all'ospedale Bichat, nel servizio del suo maestro Terrier nel 1883, con una statistica attuale. Grazie all' antisepsi e alla tec-

nica, i risultati sono considerevolmente migliorati tanto dal punto di vista della mortalità, che dall'esito definitivo.

Bell ritiene che val meglio ricorrere all' antisepsi quando non si può ottenere una buona asepsi.

Stratz dice che si può fare indifferentemente sia l'asepsi che l'antisepsi: l'importante si è che si evitino le infezioni e si operino in diversi locali gli ammalati infetti da quelli non infetti.

Jonnesco dice che spesso con una antisepsi od asepsi rigorosissima si ha un insuccesso operatorio, ciò dipende esclusivamente dal grado di resistenza dell' organismo su cui si opera e che è ancora un fattore incognito.

Richelot ringrazia i colleghi che hanno preso parte alla discussione.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin* edito da R. Virchow, Bd. 157, H. 1, 1899.

1. A. Albu. **Contributo clinico ed anatomico alla dottrina della gastrosuccorrea.** — Riferisce un caso di un'inferma, nella quale alla percussione si constatò che la grande curvatura raggiungeva due dita sotto l'ombelico. Col rigonfiamento d' aria lo stomaco diventava molto prominente e raggiungeva quasi la metà fra ombelico e sinfisi. Colla sonda si svuotò circa un litro e mezzo d' un liquido di odore e di reazione molto acido, di colorito rosso-sporco, che conteneva pochi residui di cibo preso in parte già parecchi giorni prima. Collo svuotamento dello stomaco praticato il mattino seguente a digiuno si ottenne circa un litro e mezzo di liquido molto torbido, di colorito grigiastro, che colorava intensamente in bleu la carta di Congo. Acido cloridrico libero 80, acidità totale 92. Dopo avere lavato radicalmente lo stomaco, avendo cura che nulla rimanesse dell'acqua introdotta, si somministrò alla paziente una piccola semola e 200 cmc. d' un leggiero infuso di the. Dopo un'ora e mezza si estrassero 100 cmc. d' un liquido acquoso, leggermente torbido, nel quale si trovarono scarsi residui d' amido. Acido cloridrico libero 69, acidità totale 77. Dopo un'ora, e senza che nell'intervallo si somministrasse altro cibo, si svuotò nuovamente lo stomaco e si estrassero di nuovo 100 cmc. di liquido acquoso netto. Acido cloridrico libero 65, acidità totale 79. L'alimentazione si praticò, somministrando all'inferma ogni ora e mezza una piccola tazza di latte e dando una zuppa con uovo a pranzo ed a cena. Non si ebbero vomito, nè dolori di stomaco. L' indomani si estrassero dallo stomaco digiuno 28 cmc. di liquido bianco-torbido; acido cloridrico libero 74, acidità totale 84. La morte ebbe luogo nella notte del giorno successivo a questo svuotamento. Alla sezione si trovarono numerose piccole emorragie nella pelle, nella muscolatura cardiaca, sulla mucosa dello stomaco e degl' intestini, inoltre metamorfosi adiposa della corteccia renale e della muscolatura cardiaca, edema cerebrale, iperemia ed edema pulmonare, dilatazione dello stomaco, gastrite catarrale cronica, lipoma sottomucoso nello stomaco.

Per quanto riguarda le condizioni patologiche dello stomaco, il lipoma sottomucoso, che aveva la grandezza d'una prugna e non aveva dato segno di sè durante la vita, deve considerarsi come un reperto accessorio, che non esercitò alcuna influenza sul quadro morboso generale, nè produsse od aumentò i fenomeni morbosi da parte dello stomaco. Come l'esperienza insegna, tali tumori sono privi di qualsiasi importanza patologica. Nè clinicamente, nè anatomicamente si può trovare un rapporto del lipoma colla malattia della mucosa gastrica. Dall'esame microscopico di questa si rilevò che non si trattava di un'atrofia della mucosa gastrica o meglio di una gastrite interstiziale progressiva atrofizzante. Qui Albu si diffonde nella descrizione particolareggiata delle lesioni microscopiche e cerca di mettere il reperto anatomico in rapporto col quadro clinico nel modo seguente: in conseguenza dell'aumento della funzione degli epitelii ghiandolari prodotto dallo stimolo nervoso segue un iperplasia di essi ed invero di quelle che sarebbero, secondo l' opinione di Heidenhain universalmente accettata, le cellule di rivestimento. Nel caso riferito da Albu è molto probabile che le cellule in aumento fossero cellule di rivestimento. Dall'aumento dell'epitelio ghiandolare viene ad essere aumentata la secrezione del succo gastrico, l' acido cloridrico che si versa in eccesso alla superficie della mucosa esercita da parte sua uno stimolo infiammatorio sul tessuto interstiziale che perciò va in proliferazione. Questo tentativo di spiegazione non può frattanto ammettersi come un fatto e giacchè manca la prova che le lesioni parenchimatose siano state le lesioni primarie, la questione dello sviluppo patogenetico delle alterazioni anatomiche non può perciò venire decisa completamente oggigiorno.

I pochi reperti anatomici che sono stati trovati nella cosidetta gastrosuccorrea non concordano fra loro; manca tuttora la cognizione di una causa anatomica unilaterale della malattia designata col nome di gastrosuccorrea. Per vero è ancora dubbio, se a base dell'affezione stia un processo anatomico determinato. La decisione di questa questione è importante, dipendendo da essa la risposta all'altra questione, se queste alterazioni anatomiche debbano considerarsi come primarie (cioè come la vera causa del processo morboso). Trovandosi nei singoli casi diverse alterazioni anatomiche, è fa-

cile ammettere che esse sono di natura secondaria. E dalle cognizioni che si hanno fin oggi dell'anatomia patologica della gastrosuccorrea bisogna tendere verso l'idea che le lesioni anatomiche note finora sono per la maggior parte di natura secondaria.

2. A. PAPPENHEIM. **Ricerche comparative sulla costituzione elementare del midollo rosso dell'osso di alcuni mammiferi.** — In ogni midollo osseo si trovano cellule che morfologicamente e per i caratteri di colorazione si comportano perfettamente come i linfociti, cioè presentano un citoplasma relativamente sottile, basofilo, alcalino e privo di granulazioni, ed un nucleo rotondo, relativamente grosso con una rete a maglie irregolari. Queste cellule occorrono nel midollo osseo come linfociti grandi e piccoli; come piccoli linfociti in quantità maggiore di quel che si potrebbe pensare che fossero trasportati dal sangue; come grossi linfociti, che mancano nel sangue normale, possono essersi originati nel midollo osseo soltanto in maniera autoctona. In ogni midollo osseo si trovano cellule che, secondo il loro plasma, si comportano dal punto di vista della colorazione come i linfociti, il cui nucleo però presenta delle intaccature piane o più profonde, o il cui plasma in rapporto alla grandezza del nucleo offre uno sviluppo relativamente ampio (leucociti mononucleari, cellule midollari di Troje); queste cellule debbono considerarsi come stadii di sviluppo dei linfociti. In ogni midollo osseo si trovano cellule, le quali per le loro granulazioni, per il modo di comportarsi del loro plasma alla colorazione e per la povertà del loro nucleo in cromatina si dimostrano per cellule midollari, il cui nucleo però è polimorfo; parimenti si trovano al contrario delle cellule che per le granulazioni ed altri caratteri del loro plasma e per la ricchezza del loro nucleo in cromatina debbono essere considerati come leucociti, il cui nucleo però è rotondo. In ogni midollo osseo normale si trovano preformati megaloblasti. Nel midollo embrionale si può conchiudere per passaggi diretti da linfociti basofili ad eritrociti, e per vero da grandi linfociti a megaloblasti, da piccoli linfociti a normoblasti. Nel midollo embrionale si può seguire con sicurezza l'origine di cellule eosinofile dai linfociti mercè figure di passaggio, cioè per la produzione di granuli eosinofili nei linfociti. I linfociti basofili, privi di granulazioni sono la forma più primitiva di cellule incolori. Perciò possono addursi la loro mancanza di granulazioni, il loro occorrere specialmente in forma di figura con nucleo rotondo e con corpo cellulare sottile, la loro basofilia, la loro affinità cogli amebociti emigranti, istiogeni (endotelii, clasmatociti di Ranvier), la loro facoltà di differenziarsi dagli eritrociti che portano emoglobina, la loro produzione di granuli eosinofili, infine la loro preponderanza su di altre specie cellulari appunto nel midollo embrionale e nel midollo degli animali che stanno in basso nella scala zoologica. La cianofilia delle granulazioni è, come la policromatofilia (fuxinofilia degli eritrociti, l'espressione della presenza di micelle di plastina e di altri spazii intermicellari. La policromatofilia è per lo più compagna della gioventù delle cellule, ma non è affatto l'espressione di essa, potendo anch' essere compagna della degenerazione. Essa è l'espressione dal fatto che una sostanza fondamentale basofilo-cianofila, nella quale è immersa l'emoglobina, è presente in quantità maggiore dell'emoglobina dentro gli eritrociti, cosicchè quest'ultima si colora poco, ma si colora invece principalmente quella. I caratteri delle cellule giovani del sangue sono: nucleo relativamente grosso, con struttura evidente, plasma sottile povero di emoglobina; i caratteri delle cellule più adulte sono: nucleo relativamente piccolo, privo di struttura, picnotico in un plasma relativamente ampio, ricco di emoglobina. I caratteri differenziali dei megaloblasti, dei normoblasti riposano sulle differenze di protonuclei poveri di cromatina e di metanuclei ricchi di cromatina. I megaloblasti sono una specie d'eritrociti meno sviluppata, più primitiva dei normoblasti. Se pure ha luogo un passaggio fra essi, si può solo ammettere che la specie dei megaloblasti si trasformi e si differenzii mano mano in un modo qualsiasi in normoblasti, non però, che un singolo megaloblasta si trasformi in un normoblasta. È affatto da respingersi l'antica ipotesi di Rindfleisch, secondo la quale i normoblasti crescano in megaloblasti. Le cellule più grandi, che si originano da un normoblasta giovane, con succo plasmatico ampio, ricco di emoglobina e con nucleo piccolo picnotico sono anche normoblasti adulti, ma niente affatto megaloblasti malgrado la loro grandezza.

3. SAALFELD. **Contributo alla dottrina dell'alopecia prematura.** — Istituì degli esperimenti di doppio ordine: in primo luogo ripetè gli esperimenti di trasporto di Lassor, in secondo luogo praticò ricerche batteriologiche per vedere se e quali agenti morbosi si osservano nell'alopecia prematura. Come animale d'esperimento, si servì di conigli, cavie e topi bianchi. In nessuno dei suoi numerosi esperimenti del 1° gruppo gli riuscì la trasmissibilità della caduta dei peli, analoga a quella che si osserva nell'uomo insieme al fenomeno compagno, la formazione di squame. Un distacco più facile dei peli rispettivamente una caduta atipica di essi ebbe luogo parecchie volte, ma non soltanto là dov' erano in questione i peli quale causa nocente supposta, ma anche là dove essi erano fuori combattimento e dove venne adoperato un grasso indifferente, non rancido: la caduta dei peli, rispettivamente il più facile distacco,

si mostrò anche nei casi nei quali si praticò una irritazione della pelle con un semplice pennello di setole. Negli esperimenti non si ebbe un risultato unilaterale, giacchè in una parte degli animali si produsse un'alterazione dell' accrescimento dei peli, mentre in un' altra parte, e colle stesse manipolazioni praticate ad ugnali condizioni esterne, gli animali da esperimento si comportarono come se nulla si fosse intrapreso in essi. Il risultato dei numerosi esperimenti corrisponde perciò perfettamente alle opinioni pronunziate su questo riguardo dalla maggior parte degli autori contro la teoria parassitaria. Riguardo alle ricerche batteriologiche, Saalfeld cercò di isolare dai numerosi microorganismi, che vegetano sul cuoio capelluto ammalato, una o più specie determinate, a cui potrebbe eventualmente attribuirsi un' influenza sulla caduta dei capelli. Egli riuscì ad isolare diversi bacilli e cocchi dei quali descrive i caratteri morfologici e culturali, ma non si pronunzia sulla loro specificità o meno.

4. I. Mies. **Sulla massa, sullo spazio occupato e sul peso specifico dell' uomo.** — La massa del corpo umano, il peso del corpo, è quotata molto bassa dagli antropologi. Per ottenere risultati esatti, bisogna aver cura che lo stomaco, gl'intestini e la vescica delle persone da pesarsi siano vuoti o poco pieni. Se le persone non si vogliono pesare nude, ch'è meglio, bisogna detrarre il peso degli abiti. Il peso del corpo nelle persone adulte può restare quasi uguale o cambiare col tempo aumentando o diminuendo incessantemente, ovvero diventando ora maggiore ora minore.

I gas influenzano in grado elevato lo spazio occupato dal corpo umano; quindi bisogna aver cura che le persone, le quali si sottopongono ad una determinazione volumetrica, non abbiano l'addome disteso durante l' esperimento e respirino regolarmente e superficialmente. Nei due processi adoperati da Mies per la determinazione dello spazio occupato dal corpo umano, le persone stanno sommerse completamente sott'acqua e ricevono l' aria per mezzo di un apparecchio semplice, che consta d'una maschera con un' appendice tubulare, un tubo di vetro di collegazione ed un tubo di gomma che va fuori dell'acqua.

Dapprima Mies determinava lo spazio occupato dall'uomo vivente dal peso dell'acqua spostata dal corpo, poi si servì d'una bilancia idrostatica. Il più grande volume negli esperimenti di Mies (96834 cmc.) fu occupato da un uomo di 61 anni, dell'altezza di m. 1,658 e molto grasso. Tenne dietro a questo un uomo di 24 anni, dell' altezza di 1,819 che aveva ossa e muscoli robusti, ma non molto adipe, e nel quale s'ebbe il volume di 84079 cmc. Entrambe le determinazioni volumetriche, eseguite da Mies in 15 carcerati l'una dopo l'altra, si differenziarono in media di 459 cmc. Queste differenze relativamente piccole mostrano che col processo adoperato da Mies si può determinare con molta precisione il volume dal peso dell'acqua spostata dal corpo. Le ricerche, eseguite in diversi giorni nelle stesse persone, diedero invece risultati più varii l'uno dall' altro, sia che si fossero eseguite col peso dell'acqua spostata del corpo o per mezzo della bilancia idrostatica. Di ciò però sono in minima parte responsabili gli errori inerenti ai due processi o quelli occorsi durante le ricerche. Giacché, come il peso del corpo, anche lo spazio occupato da esso può cambiare in pochi giorni o poche settimane, ed invero in grado più alto del peso, giacchè sul volume ha grande influenza lo stato vario di ripienezza d'aria dei polmoni e del canale gastro-intestinale.

Dividendo la massa per lo spazio occupato dal corpo s'ha la spessezza o in altri termini il suo peso specifico. In un ragazzo si ebbe il peso specifico di 1,030, mentre nel giorno precedente s'era avuto 1,040, e ciò perchè allora aveva disteso meno la sua cassa toracica, respirando tranquillamente, e quindi occupava uno spazio minore. Differenza di 0,010 e più nel peso specifico delle persone esaminate in diversi giorni sono eccezioni, se il volume fu determinato colla bilancia idrostatica, e restarono nel minor numero dei casi, se lo spazio occupato venne compensato dal peso dell' acqua spostata dal corpo.

5. H. Ribbert. **Sulle trasformazioni nelle cellule e nei tessuti.** — S'occupa delle trasformazioni delle cellule, della rigenerazione dei fenomeni di retrocessione, mettendo infine quest'ultimi in relazione colle questioni della guarigione, della metaplasia e della dottrina dei tumori.

6. E. Storch. **Sui processi anatomo-patologici nel tessuto di sostegno del sistema nervoso centrale.** — Articolo in continuazione.

7. B. Morpurgo. **La vita propria delle cellule del periostio.** — Dalle sue ricerche risulta che la vita propria del periostio del pollo tenuto fuori dell' organismo a bassa temperatura (3°-6° può constatarsi dopo 192 ore (neoformazione di tessuto osseo). L'estremo limite della capacità vitale del periostio tenuto asettico ed umido nel termostato ad una temperatura di 40°-41° dura fino a 100 ore. Il periostio di un cadavere tenuto a 15°, trapiantato 168 ore dopo la morte dell'organismo, è in grado di produrre tessuti cartilagineo ed osseo.

FORMULARIO

Pozione antielmintica

Muschio di Corsica	gr.	8
Semenzina	»	4
Latte	»	125
Sciroppo di manna	»	30

Fare infuso di muschio e di semenzina nel latte ed aggiungervi lo sciroppo.

Il mattino a digiuno, nei ragazzi di 8-10 anni.

Polvere vermifuga composta

Polvere di muschio di Corsica. . gr. 2
Polvere di semenzina . . . . . „ 2
Magnesia inglese . . . . . . » 1
Per una cartina. Da prendere al mattino sciolta nel miele o nel latte.

NOTIZIE E VARIETÀ

X Congresso della Società freniatrica italiana

Dal giorno 10 al 14 ottobre p. v. si terrà in Napoli il X Congresso della Società freniatrica italiana. Sappiamo che il Comitato ordinatore organizzerà in favore dei signori Congressisti varie gite per visitare i manicomi che sorgono nelle vicinanze e diverse delle più interessanti località dei dintorni.

Per l'Esposizione d'Igiene a Napoli

Il 15 corrente nei locali della *Pro Napoli*, vi fu una importante riunione per prendere i primi accordi circa l'annunziata Esposizione d'igiene da tenersi a Napoli nel prossimo anno, in occasione del Congresso contro la tubercolosi.

Dopo che il senatore De Renzi ebbe esposto il lavoro già fatto dai sottocomitati della Lega contro la tubercolosi, ed ebbe ringraziato la *Pro Napoli* del suo appoggio e il Sindaco e il Presidente della Deputazione provinciale per la loro adesione, fu approvato il seguente ordine del giorno del prof. Piutti:

« L'assemblea, accettando il concetto di tenere in Napoli una Esposizione nazionale d'igiene, affida ad un Comitato generale il compito di tradurre in atto un'idea che sarà feconda di bene per la nostra città. »

Dopo di che l'assemblea procedette alla votazione del Comitato generale che risultò così composto;

Presidente del comitato generale: De Renzi comm. prof. Errico, senatore del Regno; vice presidente; marchese di Campolattaro; segretario generale: Castellino prof. Pietro.

I. Comitato ordinatore: Piutti prof. Arnaldo presidente (membro del Consiglio superiore di sanità), Schneer cav. Giuseppe segretario, Arlotta comm. Enrico deputato al Parlamento, Betocchi comm. Alessandro, Bianchi, prof. Leonardo deputato al Parlamento, Carito comm. Diomede (membro del Consiglio superiore di sanità), Cimmino cav. Enrico. Cirio comm. Francesco, Cozzolino prof. Vincenzo, Cremona ing. Vittorio, De Giaxa prof. Vincenzo, Garzilli conte Vito, Huraut cav. Giulio, Jappelli prof. Gaetano. Masullo prof. Vincenzo. Miranda prof. Giovanni, Mortara prof. Ludovico, Spinelli barone Marcello, Trabattoni Luigi (Ditta F.lli Bocconi), Volpe prof. Vincenzo

II Comitato esecutivo — Marchese di Campolattaro, presidente, Rocco conte Marco, segretario, Bonomi ing. Bruno, comm. ing. Gaetano, Campione Alfredo, Capece Minutolo, cav. Comencini ing. Giov. Batt., de Martino cav. Francesco, de Sanna cav. Roberto, Dusmet de Smours duca Luigi, Ferraro ing. Ernesto. Galii comm. Enrico, Gritti ing. Carlo, Laganà cav. Giovanni, Martinelli ing. Francesco, Mortarelli ing. P. Isidoro, Masoni ing. Udalrigo. Mastelloni ing. Alberto, Mele cav. Emiddio, Menarini Archimede, principe di Moliterno, Miccio cav. Giuseppe, Visocchi ing. Achille.

III. *Comitato amministrativo*: Bergogni ing. Adolfo segretario (direttore compartimentale del lotto), Algranati cav. Samuele. Ascarelli cav. Pacifico, Ballarini Giacomo, marchese Carega di Muricce, Elefante Vito, Embleton Matteo (ditta Holme), Faerber Paolo, Hauser Alfredo, Meuricoffre cav. Federico, Pattison ing. Alfredo, Sinigaglia prof. Francesco, Williamson Giuseppe (ditta Schilton).

I comitati si metteranno subito all'opera per corrispondere al voto dell'assemblea.

La Croce Rossa
e la lega contro la tubercolosi

È stata sollevata nella stampa una questione che merita la più grande attenzione da parte di chi si occupa dei mezzi, mercè i quali la società può difendersi dall'infezione tubercolare: ed è la partecipazione della Croce Rossa italiana alle opere sociali intese a questo altissimo fine.

La peste

Un'ordinanza della sanità marittima dichiara i porti del Portogallo infetti da peste bubbonica. Dovranno quindi applicarsi alle navi provenienti dai detti porti le disposizioni dell'ordinanza di sanità marittima dell'8 maggio 1897 e 15 luglio 1897. Tutti i viaggiatori sbarcanti da dette navi si muniranno di un foglio di via e, per cura della locale prefettura, si segnaleranno telegraficamente ai sindaci dei Comuni ove sono diretti, agli effetti della sorveglianza sanitaria, fino al completamento dei dieci giorni dopo la loro partenza dall'ultimo porto infetto.

Oporto.—Si sono verificati il 17 tre casi sospetti con un decesso. Sono giunti due medici spagnuoli per istudiare la malattia.

Lisbona. Anche qui si sono avuti alcuni casi di peste.

Madrid. Aumentano dovunque le preoccupazioni contro la peste, che è oggetto di generali preoccupazioni. Un cordone di truppa sorveglia la frontiera portoghese.

GAZZETTINO

PARIGI. *Associazione francese di chirurgia.* — Il 13° congresso dell'Associazione francese di chirurgia si inaugurerà a Parigi, alla Facoltà di medicina, lunedì 16 ottobre 1899, sotto la presidenza del professore Antonino Poncet di Lione, la seduta solenne inaugurale avrà luogo alle ore 2. Due questioni sono messe all'ordine del giorno del Congresso: 1° *L'isterectomia addominale.* Relatore Ricard (Parigi). 2° *Tumori delle ossa.* Relatori: Polosson e Bèrard (Lione). I membri dell'Associazione sono pregati di spedire per il 15 agosto al più tardi, il titolo e le conclusioni delle loro comunicazioni a Luciano Picquè, segretario generale, rue de l'Isly, 8 Parigi.

PARIGI. *Dono all'istituto Pasteur.*—Il *Figaro* annunzia che il dottor Giulio Maringer, morto ultimamente, per disposizione testamentaria lasciò 100,000 franchi all'Istituto Pasteur.

PARIGI. *Società francese di urologia.* — La 4ª seduta della Società francese di urologia si terrà a Parigi dal 19 al 21 ottobre 1899 sotto la presidenza di Guyon.

La questione posta all'ordine del giorno è: *L'ematurie essenziali.* Relatori: Malherbe di Nantes e Leque di Parigi. I membri della Società che avrebbero qualche comunicazione da fare ne informino il segretario generale: T. Desnos, 13 rue de Rome.

PARIGI. *Lo stato sanitario.* — Il servizio di statistica municipale ha contato, durante la 30ª settimana, 948 decessi, cifra inferiore a quella della settimana precedente (1,007) ma ancora superiore alla media ordinaria delle settimane di luglio (896).

PARIGI. *Igiene.*—Il Comitato dell'igiene, visto l'aumento graduale della febbre tifoidea, la quale da 64 casi in un mese è salita a 213 casi settimanali, ha diramato istruzioni raccomandando di bere soltanto acqua bollita e di diffidare anche del ghiaccio che spesso è inquinato di microbi.

PARIGI. *Inaugurazione di nuovi campi di irrigazione.*—Il giorno 8 luglio u. s. venne definitivamente chiuso lo sbocco del collettore che versava ancora acqua di fogna nella Senna nei pressi di Clichy; per tal modo tutte le acque degli *égouts* di Parigi si riversano ora su terreni coltivati e li fertilizzano per un'estensione di 4200 ettari che potrà portarsi a 15,000. Così anche il rien-à-la-Seine, corollario del tout-à-l'egout, è un fatto compiuto.

PARIGI. *Premio Dubreuilh.*—Seguendo la volontà del testatore, questo premio di fr. 400, sarà dato alla migliore memoria su di un soggetto di pratica ostetrica, per cui la Società di medicina e di chirurgia di Bordeaux ha messo al concorso la quistione seguente: « Indicazioni, processi e risultati della provocazione e della espletazione artifirapida del parto ». Le memorie dovranno essere indirizzate in francese a G. Say, secretario generale della società, 53, rue des Trois Conils, sino al 30 aprile 1900. I membri della società non possono concorrervi. I concorrenti non si devono far conoscere, ogni memoria sarà firmata con un motto, che sarà ripetuto in un biglietto suggellato, contenente il nome e l'indirizzo del concorrente.

BORDEAUX. *Un duello tra medici.*—Due medici assistenti dell'ospedale dei Pellegrini di Bordeaux, Vergely, figlio di un professore, e Constantin, figlio di un realista, vivevano da lungo tempo in discordia. Pertanto un giorno per una inezia, ebbe luogo una sfida. L'arma scelta fu la pistola, alla distanza di 25 passi. Constantin fu orribilmente ferito all'addome, con lesione della femorale e della vescica. Ricoverato all'ospedale dopo quattro ore di orribili torture spirò nelle braccia del suo desolato genitore. Entrambi gli avversarii dopo il duello si erano rappacificati.

La famiglia medica di Bordeaux nel lamentare questo dolorosissimo incidente, fa voti che questa barbara usanza del duello venga presto bandita.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

V. Barberio. Raro caso di cirrosi epatica da stasi biliare a decorso rapido e letale in un bambino di 3 mesi, Mottola, 1899.

A. Muggia. La diagnosi e la profilassi della sifilide nei bambini, estratto dalla *Gazzetta medica di Torino,* n. 18, LX, 1899.

L. Mazzotti. Delle emorragie nel tifo addominale e di alcune condizioni poco note che le possono produrre. Milano, Vallardi 1899.

F. Abba. Sulla sorte riservata ad alcuni batteri patogeni nel vaccino jenneriano. Torino, Pozzo, 1899.

G. Sanarelli. Lo stato attuale delle nostre conoscenze intorno all'etiologia ed alla patogenesi della febbre gialla. Bologna, Zancorani e Albertozzi, 1899.

F. Abba. Sulle pessime condizioni batteriologiche dell'acqua benedetta nelle chiese e sulla presenza in essa del bacillo della tubercolosi. Torino, Pozzo, 1891.

F. Abba e A. Rondelli. Ancora sulla disinfezione degli ambienti colla formaldeide. Torino, Pozzo, 1899.

P. Geraci. Della arterio-sclerosi; studio patologico e clinico. (*Monitore sanitario,* anno II, n 7, 8, 9, Reggio Calabria 1899).

M. Ronsisvalle. Intorno agli effetti morbosi degli ixodidi sull'uomo. Catania, 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Portomaggiore (Ferrara). Concorso per titoli al posto di medico-chirurgo primario del capoluogo. Stipendio annuo L. 3500, oltre 200 lire come ufficiale sanitario. Scadenza 31 agosto.

Niguarda (Milano). Concorso al posto sanitario. Stipendio annuo L. 2050. Scadenza 31 agosto.

Canzano (Teramo). Medico chirurgo condotto per i poveri, con l'obbligo della cavalcatura e le mansioni di Ufficiale sanitario. Stipendio annuo L. 1200. Scadenza 31 agosto.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA FUNZIONE DELLA TIROIDE

Che la ghiandola tiroide abbia **una funzione** indispensabile al normale sviluppo ed alla conservazione dello stato normale dell'organismo è un fatto oggi accertato dopo gli esperimenti fatti negli animali e nell'uomo (totale strumectomia) e dopo le osservazioni cliniche (mixoedema, cretinismo). Ma volendo stabilire poi quale sia la funzione della ghiandola tiroide, qui le nostre conoscenze sono assai scarse. In primo luogo non sappiamo in qual modo la tiroide esercita la sua funzione e se la sostanza jodata che essa fornisce all'organismo si diffonde per mezzo della circolazione a tutto il corpo, ovvero spieghi la sua azione localmente In secondo luogo non conosciamo il compito della tiroide nell'economia, ossia qual'è la natura della sua funzione.

Riguardo alla prima quistione ecco quanto osserva Ad. Oswald. La tiroide spiega la sua funzione anche quando è impiantata in un luogo lontano dalla sua posizione normale, ed inoltre l'introduzione della tiroide per la via dello stomaco è in grado di sostituire la mancante funzione della ghiandola. Queste osservazioni dimostrano che la tiroide spiega la sua azione per mezzo di una sostanza in essa contenuta e formatasi, e ciò ha ottenuto un fondamento chimico-fisiologico con i lavori di Baumann. La jodotirina isolata dalla ghiandola esercita pel ricambio la stessa azione di tutta la ghiandola, e quella perciò è perfettamente in grado di sostituire quest' ultima. Nondimeno quantitativamente la jodotirina non corrisponde alla tiroide, ed inoltre esistono esperimenti tendenti a provare che l'estratto di tiroide o la tiroide stessa agiscano meglio sugli animali tireoprivi della jodotirina. Dippiù la jodotirina come tale non si trova nella tiroide e neppure nell'organismo hanno luogo quei processi chimici così radicali quali sono necessari in vitro per separare il nucleo della jodotirina dalla sua sostanza madre (ebollizione per parecchie ore in acido solforico 10 %). Anche la digestione con acido cloridrico e pepsina non è capace di separare dalla tiroide la jodotirina, bensì un corpo più complicato, che per il contenuto di jodo ha un peso molecolare 3 volte superiore a quello della jodotirina.

Oswald si è proposto di isolare dalla tiroide la sostanza jodata in essa contenuta nella sua forma originaria e di studiarne le proprietà. Baumann aveva già stabilito che la jodotirina si ottiene abbondantemente dagli albuminoidi della tiroide ed espressa l'opinione che essa nella ghiandola si presentasse in forma di tirojodoglobulina. Questo è stato il punto di partenza delle ricerche di Oswald. L'esperimento ha dimostrato che facendo l'estrazione con la soluzione fisiologica di cloruro di sodio, tutte le sostanze contenenti jodo passano nell'estratto, e che queste sostanze sono albuminoidi che si trovano nella ghiandola e contengono jodo; l' estratto privato delle sostanze albuminoidi non contiene jodo. Mediante il solfato d' ammonio dall' estratto acquoso di tiroide si possono isolare due corpi albuminoidi, differenti per composizione e per proprietà. Uno di essi ha le proprietà generali esterne della globulina, e può denominarsi tireoglobulina; contiene 1, 6 % di jodo. L'altro si ottiene saturando completamente col solfato d' ammonio il filtrato della prima precipitazione; esso non contiene jodo, ma fosforo. Mediante la digestione gastrica artificiale si può da esso ottenere una nucleina; dippiù esso contiene basi di nucleina. La quantità di questo secondo corpo albuminoide è molto piccola in confronto a quella del primo. Poichè Baumann e Roos hanno stabilito che gli estratti di tiroide privati degli albuminoidi non hanno alcuna efficacia, è evidente che la sostanza attiva debba essere contenuta soltanto nelle sostanze albuminoidi, e che sopratutto la tireoglobulina sia dotata di azione specifica. Introducendo tireoglobulina in animali sani che si trovavano in equilibrio di azoto, Oswald ha osservato un aumento dell'eliminazione dell'azoto, allo stesso modo come avviene quando si alimentano gli animali con tiroide. Introducendo il nucleoproteide non si hanno invece gli effetti caratteristici della tiroide sulla eliminazione dell'azoto.

Quale rapporto esiste fra la tireoglobulina e la jodotirina? Oswald ha trattato la tireoglobulina così come Baumann trattava la tiroide per ottenere la jodotirina, ed ha ottenuto un prodotto che ha tutte le proprietà della jodotirina, ma contiene più jodo (14,3 %), mentre il preparato di Baumann ne contiene tutt'al più 9, 30 %). Lo stesso prodotto venne ottenuto anche adoperando per la scomposizione l'acido cloridrico invece dell' acido sol-

forico. La maggior quantità di jodo contenuta in questo prodotto è dovuta al fatto che il punto di partenza del medesimo è un corpo unico privo di miscugli estranei, mentre così non è per la jodotirina preparata direttamente dalla tiroide.

Fondandosi sui risultati ottenuti dalle sue indagini chimiche, Oswald cerca di spiegare il modo come la tiroide spiega la sua funzione nell'organismo.

In primo luogo egli discute i rapporti tra la tireoglobulina e la sostanza colloide della tiroide. Solo la tireoglobulina contiene jodo, e poichè la quantità di jodo contenuta nella tiroide aumenta quando la ghiandola è più ricca di sostanza colloide, ne segue che la tireoglobulina è contenuta nella sostanza colloide. Resta a vedere se anche l'altro corpo albuminoide, il nucleoproteide, si trovi nella sostanza colloide e le ricerche di Oswald ebbero risultato positivo.

Il corpo perciò distinto dagli anatomici come colloide nella ghiandola tiroide rappresenta un miscuglio di tireoglobulina e nucleoproteide. Langendorff, Biondi, Härthle ed altri hanno fatto l'osservazione che la sostanza colloide passa nel circolo mediante le vie linfatiche. Ne segue che la tiroide è una ghiandola analoga alle ghiandole salivari, al pancreas, alle ghiandole gastriche, con la differenza che la sua secrezione perviene nell' organismo non per mezzo di un dotto speciale ma mediante i vasi linfatici.

Nè vale l' obiezione che se la ghiandola tiroide versasse il suo secreto nell' organismo, in questo dovrebbe essere possibile la dimostrazione del jodo, perchè la quantità di tireoglobulina che perviene nel corpo è così piccola che i nostri metodi di ricerca non sono sufficienti a dimostrare il jodo.

Riguardo alla seconda quistione, quale sia l'azione della tiroide, possiamo ammettere che essa stia in intimo rapporto con i processi di ricambio materiale. Ciò è provato dagli esperimenti di alimentazione con la tiroide o con i corpi da esso ottenuti, e dagli effetti che essi hanno nel mixoedema.

Con una certa probabilità si può anche ammettere che compito della tiroide sia quello di dirigere il corso dei delicati processi di ricambio materiale e di regolare il ricambio stesso.

Ciò posto possiamo meglio renderci ragione dei sintomi che si manifestano negli individui a cui è stata estirpata la tiroide. Le tanto discusse sostanze tossiche sarebbero probabilmente prodotti del ricambio intermediario, i quali, quando funziona la tiroide, non si formano ovvero vengono subito scomposti o trasformati in altri composti innocui.

In che modo poi la tiroide spieghi questi effetti, se immediatamente sui tessuti o per mezzo del sistema nervoso, è una quistione che ulteriori esperimenti debbono decidere. Se intanto è vero che la tiroide ha un'influenza regolatrice pel ricambio materiale, poichè piccole dosi ingerite aumentano notevolmente l'eliminazione dell'azoto per le urine, è da supporsi che la ghiandola versi nel torrente circolatorio solo piccola quantità di secreto. Infatti dalle osservazioni istologiche si desume che d'ordinario la funzione secretiva della tiroide non è molto attiva.

E' pure probabile che la tireoglobulina dopo avere spiegata la sua azione, venga distrutta e si metta in libertà il jodo; infatti in seguito all' ingestione abbondante di tiroide, comparisce jodo nell'urina. In condizioni normali il jodo separatosi dalla tireoglobulina e circolante nel sangue, ritorna nella tiroide dove rimane fissato e serve alla nuova costituzione di tireoglobulina. Questa ipotesi non è contraddetta dal fatto che, dopo l'ingestione abbondante di tiroide, il jodo comparisce nell'urina, perchè è naturale che quando il jodo circolante superi un dato limite, non tutto può venire assorbito dalla tiroide ed una parte viene eliminata.

Un' altra quistione resta aperta se cioè la funzione della tiroide consista semplicemente nella preparazione della tireoglobulina od abbia altri compiti, come succede per il fegato e per il pancreas. Se l'ufficio della tiroide consistesse soltanto nel mettere in circolazione la tireoglobulina, questa dovrebbe sostituire in modo completo la ghiandola. Ciò deve essere ancora provato.

BIBLIOGRAFIA

Roos. *Zeitschr. f. physiol. Chemie* XXII, p. 27. — Oswald. *ibid.* XXVII, p. 14. — Baumann e Roos. *ibid.* XXI, p. 488. — Oswald, *Münch. med. Woch.* n. 33, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale del R. Istit. super. di Firenze diretta dal prof. P. GROCCO

SUL DIVERSO MODO DI AGIRE DELLA TOSSINA TIFICA E DELLA DIFTERICA A SECONDA CHE SIANO INIETTATE NELLA VENA PORTA O NELLA VENA GIUGULARE.

Ricerche sperimentali (Prima serie)

Dottor Gustavo Padoa

(*Cont. — V. num. prec.*)

Alterazioni anatomiche ed istologiche. — La bibliografia sulle lesioni istologiche prodotte nei vari organi da varii veleni, specialmente batterici, è assai estesa: perciò anche per questa parte, come già feci per l'altra, non ricorderò che i lavori principalissimi, rimandando per gli altri all'elenco bibliografico.

Lascerò quindi di riassumere il lavoro del Besner sulle alterazioni istopatologiche de fegato di bambini morti per dispepsie gastrointestinali, quello del Mertens che studiò le

alterazioni epatiche in conigli attossicati cronicamente con cloroformio e con alcool, e quelli di molti e molti altri che hanno considerato veleni non batterici.

E nemmeno mi fermerò lungamente sugli interessanti lavori di Pletner sulle lesioni renali nella tubercolosi, di Romanow, di Kuskof sulle alterazioni del fegato nel colera, di Pavone nel carbonchio, ecc.... (1) giacchè nei casi da loro trattati oltre il veleno batterico ha grande importanza il batterio stesso che è capace di per sè di determinare lesioni nell'intima struttura degli organi.

Con queste eliminazioni il campo bibliografico viene ad essere notevolmente ristretto.

Per la *tossina tifica* si può dire che la bibliografia tace quasi completamente. Invece per la *difterica* sono numerosi i lavori, in ispecie per quello che concerne le alterazioni minute dell'intestino e del fegato: taluni autori come Courmont, Doyon, Paviot hanno essi soli tutta una biblioteca di studii sull'argomento.

Nell'uomo morto per difterite in generale il fegato appare ingrossato, congesto, ripieno di sangue. Al microscopio si ritrova infiltrazione grassa delle cellule endoteliali dei capillari sanguigni intralobulari, e delle cellule epatiche sopratutto in vicinanza degli spazi portali: dilatazione vascolare al contrario prevalentemente centrolobulare, sovraepatica: infiltrazione leucocitica negli spazi portali (Morel): Oertel vide emorragie capillari, sottocapsulari ed interstiziali.

Dal punto di vista sperimentale Roux e Yersin hanno segnalato la tinta pallida e la friabilità del fegato nel coniglio iniettato con colture complete o filtrate di bacillo di Loeffler: questo aspetto secondo i medesimi autori manca nella cavia.

Courmont, Doyon e Paviot mentre in un coniglio morto in 17 ore per iniezione di tossina difterica riscontrarono poca alterazione nel fegato, se si eccettui una marcata iperemia, riferiscono invece gravi lesioni epatiche trovate in un cane morto in ventitrè ore per avvelenamento difterico. L'aspetto dell'organo si accostava microscopicamente a quello del fegato infettivo di cui Hanot ha dato una descrizione ormai classica, confermata poi da Haston, e che è comunemente conosciuto col nome di fegato a macchie bianche. L'organo era aumentato di volume, ripieno di sangue, con la superficie seminata di nodulini, alcuni più voluminosi e più sporgenti che al microscopio si rivelarono quali focolai di necrobiosi, altri più piccoli e più rilevati che apparvero all'esame istologico come focolai emorraggici. Le cellule epatiche erano profondamente alterate in tutto l'organo: rigonfiamento torbido assai avanzato tanto che le granulazioni non lasciavano vedere il nucleo: in altri punti la cellula era addirittura scomparsa e non si vedeva che un ammasso di granulazioni e di globuli rossi frammezzo ai quali si trovavano liberi nuclei di elementi epatici. Non degenerazione grassa.

Teissier e Guinard le cui esperienze furono larghe, giacchè si estesero a venti cani ed a quindici conigli, confermarono per i cani il reperto ottenuto dai precedenti autori, ma riscontrarono anche nel coniglio gravi alterazioni consistenti in dissociazione delle cellule di cui la maggior parte perdono i nuclei che si ritrovano poi liberi: alcuni elementi assumono un aspetto vescicoloso o vanno incontro a rigonfiamento torbido molto accentuato: di più questi osservatori riscontrarono più volte degenerazione granulo-grassosa delle cellule epatiche.

Sulle condizioni istopatologiche del fegato nell'avvelenamento difterico i lavori che ho cercato di riferir brevemente riassumono lo stato delle cognizioni odierne.

Sulle alterazioni renali ben poco è stato scritto: Enriquez e Hallion descrissero un rene granuloso in una scimmia morta dieci mesi dopo aver ricevuto due iniezioni ipodermiche di tossina difterica l'una di 3 cc. l'altra di 1 cc.. Altri autori accennano vagamente a questo argomento; ma il tema delle lesioni istologiche renali per intossicazioni batteriche attende ancora di essere svolto e trattato.

Vengo ora ad esporre rapidamente le alterazioni da me riscontrate negli animali attossicati con tossina tifica e difterica. Mi limito alle lesioni del fegato e del rene anzitutto perchè esse toccano più da vicino l'argomento che ho impreso a trattare e poi perchè delle lesioni riscontrate negli altri organi, ed in ispecie nella milza e nel cuore, mi propongo

(1) Potrei ancora citare fra i principali autori che si occuparono dell'argomento: Babes-Carrière-Dannic-Hamilton-Maffucci-Sirleo-Moroni-Siredey-Tscherdanowoky. Per la precisa indicazione dei lavori veggasi la bibliografia.

di dar notizie quando avrò potuto terminare nuove serie di esperimenti che ho in corso con queste stesse e con altre tossine.

Ripeto intanto come io non volli perder di mira che lo studio microscopico delle lesioni degenerate dei veleni batterici non era per me fine a sè stesso; ma che piuttosto mi ero prefisso di vedere se dallo esame comparativo delle alterazioni prodottesi negli animali inoculati nella porta e in quelli iniettati perifericamente fosse possibile trarre qualche nuovo argomento per conchiudere circa l'azione esercitata dal fegato sulle tossine.

Per ciò, siccome nel maggior numero anzi nella quasi totalità dei casi nelle esperienze eseguite con tossina tifica morì il coniglio che l'aveva ricevuta nella porta, e sopravvisse quello inoculato nella giugulare, così, venendo meno la possibilità del raffronto, mi sono meno indugiato nello studio delle alterazioni istologiche prodotte da questa tossina; mentre mi son di preferenza fermato a studiare quelle provocate dal veleno difterico, giacchè il fatto che con esso avevo ottenute nella maggior parte dei casi la morte d'entrambi gli animali di ogni coppia con una maggiore o minore distanza di tempo, mi rendeva possibile un esame comparativo.

Per l'esame istologico facevo per ogni coniglio fissazioni dei frammenti dei vari organi che volevo studiare in sublimato (soluz. satura secondo Heidenhain), in alcool assoluto, in liquido di Flemming, in bicromato di potassio al 3 %: inoltre varie volte ricorsi alla dissociazione col metodo del Ranvier aggiungendo poi acido osmico, onde porre meglio in evidenza nelle cellule epatiche dissociate la degenerazione grassa già indicatami da altri metodi. Le colorazioni furon fatte con varie ematossiline, con picrocarminio, con carminio boracico, carmallume, safranina pei frammenti fissati in Flemming, colorazione doppia con ematossilina ed eosina. I preparati fatti superarono i cinquecento.

Tossina tifica — Rene: In generale non molto alterato: in alcuni conigli non si osserva che una iperemia più o meno intensa: i nuclei ben colorabili: il protoplasma in alcuni un pò più granuloso del normale, in altri normali. In un coniglio morto in dodici ore per iniezione portale e che ebbe dose fortissima (cc. 15) di tossina tifica, di gran lunga superiore a quelle che solevo iniettare agli altri, oltre all'iperemia si riscontra nelle cellule dei tubuli contorti e dell'ansa di Henle protoplasma opaco granuloso in alcuni punti in preda a rigonfiamento torbido; quà e colà cellule desquammate e più o meno alterate si trovano nel lume del tubulo. Invece la sostanza midollare è pressochè normale nei suoi elementi.

In quell'altro coniglio di cui mi intrattenni a parlare e che mi diede il solo resultato discordante, che iniettato nella giugulare è morto in 21 ore, trovai emorragie glomerulari, sangue nei tubuli. Quà e là nella sostanza corticale larghe zolle necrotiche con disfacimento di cellule a confluenza di tubuli: nuclei in corrispondenza di queste zone non più colorabili. Nella midollare invece i nuclei son ben colorabili e le cellule ben conservate. Microscopicamente questo rene si presentava assai aumentato di volume del preso di grammi 13 $^1/_2$ di un colorito cianotico su cui spiccavano delle chiazze bianco-giallastre. Queste macchie che davano l'aspetto di focolai necrotici si vedevano approfondarsi sulle superficii di taglio per tutto lo spessore della corticale, la quale nel rimanente aveva un colorito rossastro assai più intenso dell'ordinario.

Fegato: Negli animali iniettati con tossina tifica le alterazioni epatiche non sono in generale molto gravi: esse variano da una semplice iperemia più o meno intensa, specialmente delle centrolobulari, ad una leggera infiltrazione leucocitica intorno ai vasi, ad uno stato del protoplasma più granuloso e più opaco del solito fino a un vero e proprio rigonfiamento torbido, quale potei osservare in quel famoso coniglio già ricordato dianzi nel descrivere le alterazioni renali e che morì in dodici ore e che ebbe forte dose di tossina, più forte di tutti gli altri, iniettata nella vena porta. (*continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DELLA CHARITÉ DI PARIGI

Prof. Potain

Endocardite ulcero-vegetante

Nel riparto del Potain esisteva giorni addietro un malato, cardiaco, ma con una fenomenologia piuttosto non comune. Si trattava di un uomo, di 55 anni, che affermava non essere mai stato malato; nei suoi antecedenti non esisteva se non una emottisi capitatagli a 10 anni in condizioni di difficile determinazione. Dal mese di aprile del 1898, egli si sentiva affaticato; nel settembre scorso dovette entrare all'ospedale, dove stette un mese e

donde uscì sensibilmente migliorato. Ma, poco tempo dopo, la stanchezza riapparve con nuovi malesseri, con anoressia, tosse, affanno. Egli era obbligato a passar la notte su di una poltrona, gli arti inferiori erano edematosi fino ai ginocchi ed avea frequenti vertigini. In questo stato fu ammesso nella sezione del Potain.

Al primo esame, la temperatura che la vigilia nella sera era stata 38°,2, era discesa a 37°,5; il polso ampio ma facilmente depressibile, batteva 96 volte al minuto e la pressione arteriosa misurava cm: 10 di mercurio. La sonorità toracica era ineguale, e si costatarono rantoli di edema nella metà inferiore dei due lati del petto, in dietro. L'ottusità precordiale era molto estesa, la sua superficie non misurando meno di cmq. 184. La punta del cuore batteva al VI spazio, molto in fuori della linea verticale passante per la mammella. L'orecchietta destra oltrepassava notevolmente il margine destro dello sterno. L'aumento di volume del cuore si faceva dunque sovratutto a spese delle cavità destre dell'organo; l'aorta era dilatata, l'ottusità aortica oltrepassando a destra lo sterno di cm. 2.5. alla base del cuore si percepiva un soffio sistolico, intenso, di raspa, propagantesi con forza sino alle carotidi, ed un soffio diastolico, più aspirativo quantunque un po' rude, di cui il massimo si trovava all'altezza della III costa; questo soffio si propagava fino al terzo inferiore dello sterno. Alla punta, un soffio olosistolico, esattamente apessico ed a tonalità alta, occupava tutto il piccolo silenzio. Il primo tono, appena percettibile, era un po' più pronunciato di quel che non suole essere nella insufficienza mitralica. Non esisteva alcun rumore presistolico si notava, infine, oltre ad un doppio soffio crurale molto accentuato ed al polso capillare, un polso venoso epatico e giugulare di cui il carattere presistolico faceva allontanare l'idea d'una insufficienza della tricuspide notevole. Questo malato era, per conseguenza, affetto da una insufficienza e stenosi aortica e da una insufficienza mitralica. Il suo stato parve grave in ragione dell'irregolarità del polso, dell'abbattimento e d'un leggero grado di stupore che presentava. Infatti, i sintomi si aggravarono rapidamente ed il paziente soccombette una settimana dopo.

L'autopsia fece rilevare delle particolarità interessantissime. Esisteva un aumento di volume del cuore, aumento che pareva in rapporto con quello notato durante la vita. A livello dell'orifizio aortico, si trovavano le lesioni dell'endocardite vegetante; le valvole sigmoidi erano ispessite e coverte di vegetazioni molto sporgenti e come distese. La valvola posteriore o inter-coronaria e la valvola destra o coronaria posteriore erano sovratutto interessate, mentre che la valvola sinistra o coronaria anteriore era relativamente sana. Le due valvole malate erano divise nel loro mezzo da una fessura profonda, estendentesi ai due terzi della loro altezza, ed i due segmenti, tapezzati da vegetazioni pendevano da ciascun lato della fessura come orecchie di cane. Si comprende che una tal lesione abbia potuto produrre un'insufficienza manifesta delle sigmoidi.

A livello dell'orifizio mitralico, la valvola ha conservato le sue dimensioni normali, però la grande valvola della bicuspide è sede d'una protrusione aneurismatica, sporgente sulla faccia ventricolare. Vi era dunque un'aneurisma valvolare aperto sulla faccia ventricolare; la saccoccia non avea un colletto ben netto e non conteneva depositi fibrinosi; sulla parte più prominente di questo aneurisma esistevano due piccole aperture, di cui la più grande avea un diametro di circa mm. 2. Il resto della valvola era ispessito, ma non presentava che qualche vegetazione senza ulcerazione. L'aorta era sana.

Tali sono le lesioni mostrate dall'autopsia; esse permettono di interpretare i segni clinici osservati.

L'estensione dell'ottusità notata durante vita era maggiore dell'aumento di volume riscontrato all'autopsia; ciò proviene da che nella prima condizione il cuore si trovava disteso da una grande quantità di sangue. Il volume delle cavità cardiache è essenzialmente variabile; esso si modifica assai spesso negli ultimi momenti della vita, e ciò ha per lungo tempo gettato il dubbio sul valore delle misurazioni praticate durante la vita. Oggi questo dubbio non è più permesso: gli esami radioscopici, confermano i risultati forniti dalla percussione.

L'aorta clinicamente oltrepassava a destra lo sterno di cm. 2,5; or si trovò un arco aortico, il diametro del quale era appena modificato. Ciò dipende da che l'ingrandimento dell'ottusità aortica a destra dello sterno proviene meno dall'allargamento che dall'allungamento di questa parte del vaso. Un ingrandimento di cm. 2,5 farebbe, infatti supporre che il diametro dell'aorta è aumentato di cm. 5, ciò che è inammissibile. L'aumento dell'ottusità è dovuto in realtà all'allungamento dell'aorta ed all'ingrandimento del suo arco, in seguito alla perdita di retrattilità del vaso. Questa diminuzione della retrattilità della parete aortica è talvolta transitoria; essa può esser la conseguenza di lesioni molto leggere dell'aorta od anco prodursi senza alterazione apparente del vaso, sotto l'influenza di una flussione passeggera delle pareti.

Le lesione delle valvole sigmoidi è analoga a quella che producono le rotture traumatiche. Queste non sono estremamente rare. Il Potain cita spesso l'esempio di quel jockey che, lanciato in alto dal suo cavallo, cadde a terra, gli arti allontanati; quando lo si condusse nel suo riparto avea un'insufficienza aortica. Con il Bariè ha studiato il meccanismo di produzione di queste rotture. Ha costatato che se l'aorta è sana, occorre che un

trauma violento intervenga al momento della chiusura delle valvole, allorquando l'aorta contiene una quantità notevole di sangue. Ma, d'ordinario, la resistenza delle valvole si trova diminuita in seguito ad una valvolite anteriore.

In questo suo malato recente la rottura s'è fatta in modo spontaneo, senza trauma, e sotto la sola influenza dell'endocardite ulcero-vegetante. Essa spiega sufficientemente i segni d'insufficienza che si sono costatati. La valvola posteriore od inter-coronaria essendo integra, la corrente sanguigna retrograda dovea dirigersi verso la parte anteriore e sinistra del ventricolo; ecco perchè il soffio diastolico avea il suo massimo a livello della III costa e si propagava fino alla parte media dello sterno.

Non vi è stenosi notevole dell'orifizio aortico, e peró durante vita si notò un soffio sistolico intenso. Questo soffio era dovuto alla conficcazione delle due lamine valvolari ingrandite. Se è vero, infatti, che le ineguaglianze di superficie non entrano per nulla, come lo Chauveau ha dimostrato nella produzione dei rumori, non avviene lo stesso delle vegetazioni assai prominenti per spezzare la colonna sanguigna.

Si sa che il soffio diastolico dell'insufficienza aortica comincia esattamente con il secondo tono per estinguersi poco a poco durante la diastole sotto l'influenza della replezione progressiva del ventricolo con il sangue proveniente dall'orecchietta sinistra e dall'aorta, scompare allorquando la pressione intra-ventricolare è divenuta uguale alla pressione intra-aortica. Or si è notato da lungo tempo che talvolta questo soffio diastolico subisce al momento della presistole un rinforzo analogo a quello che si osserva nella stenosi mitralica. Questo fatto è stato interpretato in differenti maniere. Il Potain ha potuto, in seguito alle sue esperienze stabilire la legge seguente; quando due correnti liquide, producenti un rumore eguale, s'incontrano il rumore cui danno luogo si rinforza. D' altra parte, quando una corrente liquida afona incontra un'altra corrente accompagnata da un rumore notevole, la prima di queste correnti rinforza il rumore della seconda. Ci sono sempre, nei casi d'insufficienza aortica due correnti intra-ventricolari, partenti l'una dall'orecchietta, l'altra dall'aorta; ma perchè s'incontrino, occorre che le valvole insufficienti imprimano una direzione particolare alla corrente aortica. Questa ultima corrente nell'ammalato recente era diretta verso la faccia anteriore ed il tramezzo ventricolare; ecco perchè non esisteva una rinforzo presistolico. La lesione mitralica consisteva in un aneurisma della grande lamina della valvola. Questi aneurismi valvolari sono relativamente rari. Un certo numero d'osservazioni è stato però pubblicato, da aggiungere alle 23 raccolte nel 1867 dal Pelvet. La sede più abituale di questi aneurismi é la valvola mitralica. Nel caso attuale, il tumore aneurismatico non portava alcuno ostacolo alla chiusura dell'orifizio; ma l'esistenza al suo livello delle due perforazioni strette permetteva al sangue di rifluire durante la sistole. Questa disposizione anatomica lascia comprendere perchè il rumore sistolico della punta avea un timbro sibilante e non presentava la propagazione abituale al soffio dell'insufficienza mitralica.

Il primo tono percepibile è un fatto un po' anormale. Se ne trova la spiegazione in questa particolarità che i margini della valvola assolutamente liberi s'affrontano in modo perfetto. Questa debolezza del I tono proveniva dalla dilatazione considerevole dell'organo.

In complesso, questo malato è morto d'una endocardite ulcero-vegetante. (*La Semaine médicale*, n. 35, 16 agosto 1899).

Movimento biologico universale

1. Bonanno fa delle ricerche « **sulle alterazioni delle farine di mais conservate in vario modo.** » Conclude che si potrà giudicare dell'alterazione di una farina di mais se: 1. Il rapporto tra sostanze azotate totali e solubili scende al di sotto di una cifra media che va dal 3 al 4. 2. L'umidità sale oltre un massimo di 14 0[0 (secondo Scala). 3. Il rapporto tra i grassi e ceneri non vada al disotto di 3 (Scala), quando si possa escludere che la percentuale di ceneri non sia alterata da sofisticazioni con sostanze minerali. 4. L'acidità solubile oltrepassa una media di 0,5-0,6 0[0 di sostanza secca. Questi dati non hanno un valore esclusivo e proprio ad uno ad uno, ma vanno coordinati, e coordinati ad un esame batteriologico che dia: 1. un quantitativo notevole di muffe in rapporto ad una acidità aumentata. 2. un quantitativo notevole di batteri in rapporto ad una aumentata umidità (*Rivista d'igiene e sanità pubblica*; n. 16, 16 agosto 1899).

2. Pisani fa delle ricerche cliniche « **sopra l'azione cardiotonica dello strofanto** ». Conclude: 1. Che lo strofanto aumenta realmente la pressione arteriosa. 2. Che questo aumento è dovuto in modo esclusivo ad un'azione cardiotonica. (*Gazzetta medica di Torino* n. 32, 10 agosto 1889).

3. Pauzer studia la « **composizione del liquido cefalo-rachidiano** ». Per lo più si è servito di liquido ottenuto da punture per idrocefalo. Egli ha esaminato esattamente il contenuto in materie organiche (albumina, fermenti, sali) ed ha visto pure come esso contiene delle piccole tracce di glucosio (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 31 3 agosto 1899).

4. Charrin, Guillemonat e Levaditi hanno eseguito delle esperienze sulla **« azione dei minerali e degli acidi organici sulla resistenza organica e sulla economia »**. I conigli trattati cogli acidi, a parità di condizioni, soccombono prima, di altri conigli che sono stati sottoposti alla mineralizzazione (iniezione di 4-5 cc. di una soluzione alcoolica contenente, solfato, fosfato e cloruro di sodio, e fosfato di potassa). Negli animali mineralizzati il ricambio è più attivo che in quelli trattati con acidi. (*Académie des sciences*, 31 luglio 1899).

5. Schiffer ha eseguito alcune **« ricerche comparative tra il peso specifico, il residuo secco ed il contenuto di ferro nel sangue »**. Le esperienze sono state fatte tanto negli uomini sani quanto negli individui infermi, affetti da clorosi, emiplegia, uremia, sifilide, etc. Ha potuto vedere che esiste realmente in ogni caso tra peso specifico e residuo secco un parallelismo, una proporzione comparativa che col contenuto in ferro non si è potuto costatare. (*Wiener klinische Wochenschrift* n. 31, 3 agosto 1899).

6. Dominici ha costatato in un caso di leucemia la diminuzione progressiva dell' **« emazie nucleate »** parallelamente all' evoluzione della malattia e dell'anemia concomitante. La comparsa delle emazie nucleate era l'indice di una reazione del gruppo degli elementi emoglobiniferi della midolla in iscomparsa davanti la predominanza progressiva degli elementi del gruppo leucocitario. (*Societè anatomique*, 21 luglio 1899).

7. Dominici mostra delle **« emazie nucleate nell'infezione eberthiana sperimentale »** in un fegato di feto di coniglio di cm. 3. Vi si vedono emazie in cariocinesi. Nel midollo osseo dei conigli adulti infatti da molti giorni con il bacillo tifico v'era un gran numero di emazie nucleate identiche. Si tratta quindi in quest' ultimo caso di un vero ritorno allo stato fetale. (*Societè anatomique* 21 luglio 1899).

8. Lasker ancora una volta richiama l' attenzione sulla **« reazione agglutinativa del W i d a l »**. In certi casi in cui la diagnosi di febbre tifoide riesce quasi impossibile, la reazione suddetta può togliere ogni dubbio e mettere nella giusta via. (*Deutsche Aerzte-Zeitung* fasc. 7, 1 agosto 1899).

9. Bouchard tratta **« della immunità e della specificità »**. L'organismo per difendersi contro i microbi patogeni utilizza dei mezzi fra cui son degne di nota certe proprietà umorali che si sviluppano per lo più nel corso della malattia per persistere poi anche per tutta la vita. Lo stato battericida è appunto fondato principalmente su queste proprietà. Tutto ciò che impressioni l' attività nutritiva delle cellule può modificare la composizione chimica degli umori. (*Académie des sciences* 31 luglio 1899).

10. Bazy mostra **« l'esistenza di gangli linfatici nel cavo di R e t z i u s »**. Egli ne ha trovato uno nel corso di un taglio ipogastrico per calcolo con cistite. L'esistenza di gangli in questa regione non è stata giammai segnalata. Dove vanno i linfatici che partono da questi gangli sarà cura degli anatomici di descrivere. (*La Presse medicale* n. 64 12 agosto 1899).

CHIMICA CLINICA

DOSAMENTO DELLO ZUCCHERO DIABETICO

Il V e i l l a r d (*La Médecine moderne*, n. 57, 9 agosto 1899) consiglia di adoperare, per la ricerca dello zucchero nell'urina diabetica, il procedimento seguente. Egli dice che non bisogna fare tale ricerca solo con il liquore del F e h l i n g, perocchè l'acido urico, gli urati, la creatinina, numerosi medicamenti di uso abituale (antipirina, cloralio, sulfonale, terebentina, ecc) riducono il liquido cupropotassico: concludere dalla sua riduzione per la presenza di zucchero, sarebbe quindi imprudente, se non si è controllata l'analisi con un altro reattivo. Il trattar l' urina con il sotto-acetato di piombo, mette in parte al riparo dall'errore; ma questa operazione chimica non è d'indole pratica.

Per la ricerca dello zucchero il V e i l l a r d comincia sempre dal servirsi della potassa caustica; malgrado le sue imperfezioni questo processo è ancora uno dei migliori, sovratutto quando deve esser seguito dall'analisi con il liquore cupro-potassico. Due centimetri cubici di urina son quindi versati in una provetta ordinaria; si aggiungono poscia 2-3 pastiglie di potassa caustica; poi si fa bollire a molte riprese. Se l' urina cambia di colore, imbrunendosi più o meno, contiene dello zucchero.

Se si vuol farne il dosaggio, occorrono due soluzioni: 1° la soluzione normale cupro-potassica del F e h l i n g; rigorosamente titolata in modo che cc. 10 riducano gr. 0,05 di glucosio, e preparata di fresco, poichè le soluzioni antiche possono esser ridotte dalla semplice ebollizione; 2° una soluzione di ferrocianuro di potassio all' 1 : 50; aggiunta al primo liquido, nel momento stesso dell'analisi, questa soluzione ha l'immenso vantaggio di sciogliere l'ossido di rame a misura che si forma; la reazione è molto più netta.

In un tubo ordinario si versano 18 gocce o cmc. 1 di liquore di F e h l i n g, ed altrettanto della soluzione di ferrocianuro: si porta il miscuglio all'ebollizione. Si fa allora colare lentamente lungo le pareti del tubo, goccia a goccia, l'urina da analizzare: quando la decolorazione è completa, ci si arresta. Si divide il numero invariabile 100 per il numero delle gocce di urina versate. Supponendo, per esempio, che si

siano versate 13 gocce, si avrà: 100 : 13 = gr. 7,77; versate 4 gocce si avrà: 100 : 4 = gr. 25. Questo primo dosaggio dà un risultato approssimativo sufficiente ogni qualvolta occorse di versare almeno 4 gocce, cioè il contenuto di zucchero è di gr. 25 per litro od al disotto; ma se la decolorazione è stata ottenuta con 1-3 gocce, si dovrà adattare il seguente metodo di analisi: se la mescolanza è stata scolorata con 1-2 gocce d' urina, bisognerà operare su 10 cc. in un piccolo pallone secondo il metodo ordinario. Per 3-4 gocce si ricominci in un piccolo tubo prendendo 2-3-4 cc. del liquore di Fehling. Per ottenere il risultato non si dimenticherà che il centinaio da dividere è indicato dal numero dei centimetri cubici di liquore usato.

Esempi: 1. Due centimetri cubici o 36 gocce di liquore di Fehling addizionati d' una quantità eguale di una soluzione al ferro-cianuro sono stati usati; 18 gocce sono state necessarie per scolorare il miscuglio. Noi avremo 200 : 18 = gr. 11,11 di zucchero per litro. 2. cc. 3 del Fehling; 12 gocce d'urina; 300 : 12 = gr. 25 di zucchero 0|00. 3. cc. 10 del Fehling; gocce 8 d'urina; 1000 : 8 = gr. 125 di zucchero per litro,

Questo processo è dunque dei più semplici.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin* edito da R. Virchow, Bd. 157, H. 2, 1899.

1. E. Storch. **Sui processi anatomo-patologici nel tessuto di sostegno del sistema nervoso centrale.** — La maggior parte di tutti i processi patologici nel sistema nervoso centrale si svolge nella nevroglia, mentre gli elementi nervosi, le cui alterazioni soltanto determinano i sintomi clinici, partecipano al quadro morboso quasi solo coi processi di metamorfosi regressiva, d' atrofia, di necrobiosi e necrosi. Al giorno d' oggi non si può più dubitare che la nevroglia proviene dall'ectoderma, mentre tutti gli altri tessuti di sostegno, che occorrono nell'organismo, provengono dal mesoderma. Storch s'è servito nelle sue ricerche del processo di colorazione della glia di Weigert, da lui in parte modificato. Descrive prima l'aumeuto sclerotico della glia, per il quale è caratteristico il fatto, ch'esso comparisce sempre come riempitivo dello spazio al posto di elementi nervosi distrutti o danneggiati primariamente per qualsiasi causa. La forma più semplice ed anatomicamente meglio caratterizzata è quella che s'osserva nella tabe dorsale. Condizione per la sua produzione è la distruzione affatto graduale degli elementi nervosi. L' aumento sclerotico della glia s'ha anche in altre affezioni in connessione coll'emorragie cerebrali nel territorio dei neuroni che degenerano. Storch l'osservò anche in modo evidente nel cervelletto, e per cause sconosciute. In seguito descrive una serie di proliferazioni della glia, quali occorrono nella parete delle cisti emorragiche e da rammollimento. In questi casi ha luogo un considerevole aumento delle cellule della glia ed infine si produce nella parete della perdita di sostanza uno strato fibroso di glia molto simile alla glia normale della superficie. Questo strato di glia è di diversa spessezza. La stasi linfatica può agire in modo speciale sulla formazione di questa sclerosi. Giacchè nello sviluppo di queste proliferazioni della glia non si può disconoscere lo sforzo di produrre condizioni possibilmente normali, così lo Storch designa questi processi col nome di sclerosi riparatrici. Una distruzione secondaria del tessuto della glia una volta formato non ha qui luogo. I gliomi del sistema nervoso centrale, compresi l'ottico e la retina, sono vere neoformazioni, che s'originano per la proliferazione primaria delle cellule della glia. Alla formazione neoplastica compartecipano i vasi che provvedono il tumore, non però gli elementi nervosi, che spiegano un'azione semplicemente passiva e vengono schiacciati dalle cellule neoplastiche proliferanti. L' aumento delle cellule neoplastiche ha luogo esclusivamente per via della divisione nucleare e s' estende grado a grado a zone marginali sempre nuove prossime al tumore, cosicchè nel maggior numero dei casi il passaggio del tumore nel tessuto sano non risalta. Già da un pezzo s' è constatato che le proliferazioni della glia del sistema nervoso centrale non debbono comprendersi come fatti che anatomo-patologicamente s'equivalgono, e si sono a ragione differenziate le sclerosi dalle formazioni neoplastiche da un lato, dai gliomi dall'altro. S' è creduto di trovare il punto differenziale principale nei rapporti fra fibre e ricchezza nucleare dei distretti ammalati. Storch è, come Ströbe, del parere che da un canto vi sono gliomi poveri di nuclei e dall'altro canto risulta dalle sue ricerche che negli stadii giovani delle sclerosi così dette riparatrici, per esempio nelle placche gialle, può aver luogo una proliferazione nucleare abbastanza considerevole. Le formazioni neoplastiche, come dappertutto, sono anche qui contrassegnate del fatto che ha realmente luogo una proliferazione cellulare primaria, e ciò trova la sua espressione anatomica nel fatto che il tumore crescente è legato con un aumento visibile di volume e spinge di lato gli elementi normali, ovvero che senza alterazioni notevoli di forma le cellule neoplastiche si spingono in gran numero fra i tessuti normali producendone la distruzione per pressione. Il secondo modo d'accrescimento è il più frequente per i gliomi. Ma questo modo d' estendersi è diverso da quello che s'osserva ad esempio in un carcinoma epatico diffuso infiltrato. Mentre in quest' ultimo le cellule

neoplastiche penetrano in tutti gl'interstizii possibili dei tessuti, mentre gli elementi che compongono il tessuto epatico non compartecipano alla formazione delle cellule cancerigne, nei gliomi del cervello lo stimolo a proliferare attacca sempre cellule sane contigue della glia. In opposizione all'accrescimento cosidetto infiltrativo, lo Storch ammette qui un accrescimento enficiante. Se in una proliferazione della glia si può perciò constatare uno di questi segni dell' accrescimento primario, bisogna, secondo Storch, metterla fra i tumori. Mancando i detti segni, trattasi d'una sclerosi.

2. M. Jacoby. **Sui fermenti d' ossidazione del fegato.** — Da una serie di lavori è stato assodato che gli organi ed il sangue anche all' infuori del corpo possono ancora ossidare certe sostanze, che questa proprietà spetta in grado diverso ai diversi organi e che questo potere d' ossidazione sembra essere legato ad un corpo analogo ai fermenti. Jacoby studiò dapprima il modo di comportarsi dei fermenti d'ossidazione verso gli agenti esterni; nei suoi esperimenti adoperò sempre il fegato. Da essi risultò che il fermento d'ossidazione subisce una certa influenza dall' alcool, come già avevano trovato Jaquet e Salkowski e Yamagiva, che il cloroformio, se mescolato in modo conveniente colla poltiglia dell'organo, ha infine un'azione dannosa sul fermento, che il fermento ha una grande resistenza verso il cloroformio. Riguardo all'influenza della quantità del fermento, negli esperimenti di Jacoby non si potè ottenere alcun'ossidazione constatabile dell'aldeide salicilica con piccole quantità di fegato. Le ricerche per istudiare l'influenza degli alcali e degli acidi diedero i seguenti risultati: piccole quantità di soda influenzano già l' ossidazione dell' aldeide salicilica; ad una concentrazione di 0,5 0[0 essa soffre considerevolmente, di 0,7 0[0 vengono ancora ossidate soltanto traccie, ad una concentrazione di 1 0[0 non ha più luogo veruna ossidazione. Coll' aggiunta di 0,1 0[0 di soda l' ossidazione viene aumentata, con 0,3 0[0 non ebbe più luogo. L'aggiunta di piccolissime quantità di acido cloridrico non diminuisce il grado dell'ossidazione, con una concentrazione di 1 0[0 vengono ancora ossidate soltanto traccie di aldeide salicilica. Riguardo all'azione della temperatura, a 75° il fermento non viene disturbato ancora completamente, cosicchè poscia vengono ossidate ancora quantità abbondanti di aldeide salicilica. La temperatura di 100° disturba duraturamente il fermento. Per quanto riguarda i corpi che vengono ossidati fermentativamente dalla poltiglia epatica, Jacoby non potè constatare un'azione ossidante del fegato sul solfito di sodio. Nemmeno potè ottenersi un disturbo fermentativo dell' acetato di soda per parte del fegato. Lo stesso si dica per l'acido stearinico. È probabile che l'acido palmitinico si comporti come l'acido stearinico, giacchè il fegato del coniglio non formò zucchero dall'acido palmitinico. Il fegato del vitello non disturba l'acido urico. Il fegato del cane invece modifica l'acido urico in certo grado, ed in parte per l'azione d'un fermento ossidante. Jacoby studiò poi l'azione del fegato di alcuni diabetici, di ammalati di fegato, per istudiare il rapporto del fermento glicolitico col fermento d'ossidazione. Oggi si può dire con certezza che i due processi sono differenti. Dai suoi esperimenti risultò che la mancanza del fermento ossidante nel fegato non è un attributo caratteristico del diabete, nel quale sembra piuttosto che sia presente nell'intensità normale.

3. P. Linser. **Su d'un caso di adenoma congenito del polmone.** — Riferisce la storia clinica, la necroscopia e l'esame microscopico d'un tumore che aveva invaso il cavo pleurico sinistro e la regione del mediastino fino al giugulo. Esso aveva spinto il polmone sinistro nel seno pleurico, il cuore verso destra al di là della linea mediana. Il tumore aveva forma allungata e rotondeggiante. La diagnosi microscopica fu d' adenoma del polmone, eventualmente con carattere sarcomatoso. L' autore emette l' ipotesi che il detto tumore sia derivato da tessuto polmonare embrionale.

4. R. Borrmann. **Sull'accrescimento e sulla nomenclatura dei tumori dei vasi sanguigni.** — Dopo d'essersi distesamente occupato dell'accrescimento dei tumori dei vasi sanguigni, viene alla nomenclature e classificazione degli stessi. Egli ammette un 1° gruppo di emangiomi, un 2° gruppo di endoteliomi che divide in em. (angio) endoteliomi ed in endoteliomi da capillari, un 3° gruppo di periteliomi e periendoteliomi.

5. C. Ritter. — **Un fibro-sarcoma del collo di natura speciale.** — Riferisce la storia d' un tumore del collo, della grossezza d'un uovo di pollo, nel quale la diagnosi clinica oscillò fra un tumore misto, uno struma colloideo ed un ascesso retrofaringeo. L' esame microscopico del tumore estirpato mostrò che si trattava d' un tumore formato esclusivamente di tessuto connettivo.

6. M. Scheier. **Sulla sezione del cavo faringo-nasale.** — Riferisce un metodo di sezione del cavo faringo-nasale. Si pratica dapprima la sezione degli organi del collo col metodo ordinario. Mentre finora s'è inciso il palato molle sull'ugola e sul faringe nella parte orale, con questo processo si va invece fra il palato duro ed il molle. Il taglio dev'essere condotto fino alla base. Così si attacca la parete divisoria del naso anche nelle sue parti posteriori e le coane vengono separate dalle porzioni anteriori d'essa. Ora si prolunga il taglio della mucosa dal dente molare superiore posteriore all'inferiore posteriore e s' incide contemporaneamente la muscolatura sottostante. Dopo di ciò si

separa, tirando fortemente in avanti con una mano gli organi del collo, la parete posteriore della faringe dalla colonna vertebrale. Si viene in sopra sul tubercolo dell'atlante, poi sul tubercolo faringeo dell' osso basilare e s' urta nella fibro-cartilagine basilare. Trattasi ora di distaccare il fornice del cavo naso-faringeo dalla cartilagine basilare senza tagliare la mucosa. Si cerca dapprima di staccare un po' la volta della faringe posteriormente dalla cartilagine e, dopochè si sono messe allo scoperto le pareti laterali della faringe, incisa la muscolatura laterale che va alla parte superiore della faringe ed incisa la tromba d' Eustachio nella parte cartilaginea quanto più all'esterno è possibile, si stacca prima il fornice da un lato, tirando fortemente gli organi del collo dal lato opposto, e poi dall'altro lato. Allontanato il cavo naso-faringeo dal cadavere, si può praticare ancora comodamente un'ispezione della cavità nasale nella parte posteriore. Il vantaggio principale di questo metodo di sezione è quello ch' esso può praticarsi in tutti i casi nei quali si può eseguire una sezione degli organi del collo.

7. O. Busse. — **Sulla struttura, sullo sviluppo e sulla classificazione dei tumori renali.** — Descrive prima i fibromi ed i fibromiomi del rene, i quali ultimi si partono dalla capsula renale. Descrive poscia parecchi casi di adeno-sarcomi embrionali del rene. Il primo passo ad una classificazione razionale dei tumori renali fu fatto da Grawitz nel 1884, il quale riconobbe che un gran numero dei tumori renali occorrenti negli adulti, la cui spiegazione era fino allora impossibile, prendono il loro punto di partenza da parti disperse delle capsule surrenali e ridanno la struttura d'esse. Egli mise perciò insieme il gran numero delle strume soprarenali aberrate, che hanno aspetto diverso, o, come vengono detti al giorno d'oggi, degl'ipernefromi e li staccò dalla grande massa dei tumori designati secondo il principio puramente morfologico per sarcomi, carcinomi, ecc. Nell'anno 1898 Birch-Hirschfeld staccò da questi tumori un secondo gruppo ch'egli mise insieme col nome di adeno-sarcomi embrionali, attaccando minore importanza alle qualità speciali di forma e di struttura anzichè al principio dell'origine dei tumori molto differenti morfologicamente da unica matrice. Birch-Hirschfeld viene all'idea ch'essa debba ricercarsi in parti disperse del corpo di Wolf.

FORMULARIO

Grasset. — **Meningite tubercolare**

1. Acqua	gr.	300
Joduro di potassio	»	10

2 cucchiai il primo giorno, 4 il secondo, 6 il terzo, 8 il quarto e continuare con quest'ultima dose *pro die*.

2. Somministrare ogni 2 giorni al mattino 50 centigrammi di calomelano in due cartine.

3. Applicare un vescicante, dapprima a ciascuna gamba, poi a ciascun braccio, poi alla nuca. Radere i capelli ed applicare olio di crotontiglio mescolato a parti uguali con olio di ulive su tutto il cuoio capelluto.

4. Nutrimento: latte ghiacciato e champagne, uova e brodo ristretto o purèe di carne cruda.

Baccelli. — **Nelle nefriti**

Solfato di sodio	gr.	40
Nitrato di sodio	»	20
Diagridio	»	6

Mischia e dà in cartine 40.
Una cartina ogni mezz'ora; 2-3 al giorno.

NOTIZIE E VARIETÀ

La peste ad Oporto

Oporto, 19. — La peste fu ufficialmente dichiarata. Vi furono finora 39 casi con 13 decessi.

Madrid, 19. — I medici inviati ad Oporto telegrafano che la peste vi apparve il 22 luglio, recata da una nave indiana carica di riso.

Vi furono a Oporto 46 casi. L'epidemia diminuisce.

Medici di nuovo genere

S'è formata nella Nuova Inghilterra una scuola di medicina di nuovo genere, che è pratica e che riesce. Gli studii, la chimica, la terapeutica v' è soppressa. È una grande semplificazione. Il principio della dottrina è idealista: le malattie esistono specialmente per la rappresentazione che noi ce ne facciamo; noi le cacceremo dunque con le preghiere e l'elevazione dello spirito verso Dio. I medici di questa scuola si chiamano risanatori per mezzo della fede. Essi hanno un immenso successo. Uno di essi é anche penetrato ultimamente a Nuova York nell'Ospedale Bellevue. Egli diceva ai malati:

— I medici dell' ospedale sono i vostri peggiori nemici. Ma io sono un medico mandato da Dio. Guarisco tutte le malattie con il suo aiuto, e per mezzo d'un unguento meraviglioso, ch'io vi darò per 50 centesimi, per filantropia.

I suoi biglietti portavano la ditta: Dottor Derwin e Gesù Cristo.

Tuttavia questi dottori, che curano per cinquanta centesimi, si son fatti pagare 50 dollari da un tisico promettendogli di guarirlo in tre giorni.

Non si sa se egli guarì, ma il fatto é che, per tornare al dottor Derwin, gli infermieri dell'ospedale Bellevue lo hanno messo alla porta. Di più i medici — i veri medici — di New-York si sono riuniti e la loro assemblea ha domandato contro i risanatori per mezzo della fede tutte le pene applicabili agli omicidii per imprudenza. Ma i risanatori

hanno per sè il favore del popolo e delle persone pie, e non disperano della loro propaganda.

I Medici nell'Australia

Da una lettera diretta dal dottor G. Ercole all'*Avanti* da Sidney (Nuova Galles del Sud) spigoliamo queste importanti notizie: Nella nuova Galles del Sud la professione salutare è libera.

Ognuno può esercitare la medicina, ma è responsabile penalmente e civilmente delle sue azioni, e quella responsabilità é talmente seria che, anni sono, un dottore venne impiccato perchè, facendo delle pratiche abortive, cagionò la morte di una giovane. Attualmente un certo dottor Dick, imputato di tentato aborto, trovasi sotto processo, e sarà fortunato se eviterà la forca. Tenendo conto della popolazione rispettiva, nella città di Sidney i medici sono più numerosi che a Londra. Anche nelle provincie vi è abbondanza di medici indigeni e stranieri che si tengono al giorno di tutte le scoperte e che curano i loro ammalati precisamente come sarebbero curati a Londra o a Berlino. Tanto a Sidney quanto nei suoi sobborghi si contano nientemeno che 32 ospedali, alcuni dei quali sono tali che sarebbe desiderabile ne avessero degli eguali le città del vecchio mondo. Da poco tempo poi, sulle montagne azzurre è stato costruito ed inaugurato un *sanatorium* che è veramente splendido.

Congresso di elettrologia e di radiologia medica

Nella seduta del 20 luglio scorso, la Società francese di elettroterapia e di radiologia ha deciso di convocare tutti gli anni a Parigi, in Congresso internazionale con esposizione annuale degli apparecchi nuovi riferentesi a queste scienze, tutti gli scienziati che si occupano di elettrologia e di radiologia medica. Per organizzare il prossimo congresso che avrà luogo l'anno venturo, e che coincidendo colla esposizione universale, avrà una importanza tutta particolare, la società ha nominato una commissione esecutiva, composta di Apostoli, Boisseau, Brauly, Oudin, Montier, e Doumer; ed a quest'ultimo dovranno essere indirizzati, 57, rue Nicolas Leblanc, Lilla, tutte le comunicazioni o domande di adesione relative a questo congresso.

GAZZETTINO

BERLINO. *Nuovo istituto scientifico.*—Intorno all'*Istituto imperiale per l'igiene nei paesi tropicali*, che sorgerà fra poco a Berlino, si hanno le seguenti informazioni. L'Istituto, deve studiare innanzi tutto il vestiario, l'abitazione ed il nutrimento che più convengono agli Europei del clima tropicale, poi le malattie più comuni di quelle regioni, anche quelle che finora non hanno infierito nelle colonie tedesche, ma che possono facilmente diffondervisi per contagio, per esempio il colera, la febbre gialla, la febbre maltese, la denga ecc., in terzo luogo le malattie, che minacciano l'avvenire dell'allevamento del bestiame, che è e sarà per lungo tempo, il primo fattore economico di quelle contrade. In ultimo, verranno costituiti corsi speciali per i medici ed i veterinari coloniali e questi corsi saranno aperti anche ai medici marittimi, che hanno spesso da combattere colle malattie tropicali. Vi sarà annessa una piccola clinica per gli Europei che tornano malati dalle colonie e che, ricevendo così un'assistenza speciale, forniranno al tempo stesso un materiale prezioso di osservazione e di studio. L'Istituto che dipenderà dall'ufficio coloniale del Ministero degli Esteri, sarà diretto dal prof. Kohlstock, assistente di Koch, insieme al quale compì, due anni or sono, gli studi sulle epidemie locali nell'Africa australe.

JENA. *Il prof. Bardeleben.* — Il prof. K. v. Bardeleben il 31 del mese scorso ha festeggiato il 25° anniversario del suo insegnamento, fatto per intero nell'Università di Jena, a cui ora egli appartiene come professore ordinario onorario.

BADEN-BADEN. *Novecento veterinàrii a Congresso.*—Proprio in questi giorni ha luogo a Baden-Baden il VII Congresso internazionale dei Veterinarii sotto la presidenza del dottor Köller, direttore del regio ufficio sanitario di Berlino. Sono gia 900 veterinari di 28 diversi Stati, che hanno annunciato il loro intervento. Si daranno grandi feste in onore dei Congressisti.

STRASBURGO. *Per le dottoresse.*—Il Senato dell'Università di Strasburgo, ha stabilito che le donne professoresse alla Università, possono dettare quivi le loro conferenze. In tal modo in tutte le università tedesche é facilitato lo studio alle donne.

MEMEL. *Casa di salute per la lebbra.*—Il 20 luglio si è inaugurata a Memel nella Prussia dell'Ovest la casa di salute tedesca per i leprosi.

COSTANZA. *Sciopero di medici.* — I dottori delle Società di beneficenza e dei poveri hanno chiesto al Consiglio municipale un aumento di salario per le visite. Il Consiglio municipale avendo respinto la loro domanda, i medici hanno dichiarato che si metteranno in sciopero. Ed infatti essi hanno mantenuto la loro promessa e sono tutti scioperanti.

WÜRTHEMBERG. *Organizzazione della classe medica.* — Il comitato medico del Würthemberg ha emanato nella seduta del 3 giugno scorso un progetto di legge per la nuova organizzazione della classe medica del Würtlemberg.

Secondo questo progetto i medici avrebbero il potere di punire e vengono autorizzati alla ripartizione delle imposte; epperò tutti i sanitarii debbono far parte obbligatoriamente del congresso distrettuale. La proposta venne unanimemente accettata.

BOEMIA. *L'erezione di un sanatorio pei tubercolosi.*—L'erezione di una casa di salute pei tubercolosi in Boemia si può considerare come cosa già

sicura. Pertanto la società medica czeca, ha indetto una riunione, invitando tutti i professori, docenti dell'Università, i giornalisti e tutte le persone cospicue, per stabilire le modalità in proposito.

UTRECHT. *VII Congresso internazionale di oculistica in Olanda.* — La mattina del quattordici si aprì il VII Congresso internazionale di oculistica, promosso dal prof. Snellen.

Prendono parte agli importanti lavori eminenti oculisti d'ogni nazione. L'Italia pure ha vari suoi rappresentanti, fra cui il prof. comm. Reymond di Torino, il dott. G. Lavagna, direttore dell'Istituto Oftalmico di Monaco, il dottor Antonelli ed altri.

CRACOVIA. *Uno sciopero medico.* — In Cracovia, i medici della « Società operaia civile di mutuo soccorso » Zychow, Mikucki, Gausz e Droba hanno scioperato, inviando un reclamo al presidente della Società, ove si protesta contro la elezione del loro collega dott. Kluszyuski, affermando che il suddetto dottore è stato eletto non per meriti personali, ma per ragioni politiche.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo—Palermo

C. Valvassori-Peroni. Sulla scelta della nutrice. Milano, Fossati, 1899.

V. Orlandi. La commozione cerebrale nei suoi rapporti colla medicina legale. Estratto dal *Supplemento al Policlinico.* Roma 1899.

L. Scabia. Su certi episodii a colorito confusionale prevalentemente stupido delle demenze. Torino, Spandre e Lazzari, 1899.

U. Alessi. Osservazioni di istologia cerebrale. Nocera inferiore, Tipografia del Manicomio, 1898.

G. Bellisari. Ricerche sulla glicosuria alimentare nelle malattie mentali ed il rapporto fra pazzia e diabete. Estratto dalla *Nuova rivista clinico terapeutica.* Anno II, n. 4, Napoli 1899.

L. Scabia. Microftalmo doppio congenito, coloboma dell' iride e della coroide, distacco della retina, esistenza della terza palpebra in imbecille. L'ampiezza dell' iride nei frenastenici. Venezia, Ferrari, 1899.

U. Alessi. Resistenza alla putrefazione delle cellule della corteccia cerebrale nella serie animale. Nocera inferiore. Tipografia del Manicomio, 1899.

L. Scabia. Oto-ematoma ed infezione batterica. Torino. Spandre e C. 1899.

A. Petrone. Morfologia e chimismo dell'emasia, applicazioni cliniche. Estratto dagli Atti dell' Accademia Gioenia di Scienze naturali. Catania 1899.

F. Schupfer. L'azione dei reni nell' emoglobinuria. Estratto dal *Bullettino della R. Accademia medica di Roma*, 1889.

C. Colombo. Ricerche sulla pressione del sangue nell'uomo, Torino, Unione tipografico-editrice, 1899.

S. Riva-Rocci. Per la misura della pressione arteriosa nell'uomo. Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino*, n. 22-4. 1899.

A. Motta-Coco e S. Drago. Anomalie delle arterie ombelicali in un feto probabilmente sifilitico, Milano. Vallardi, 1899

A. Filè-Bonazzola e U. Melzi. Considerazioni sopra le laringiti infantili in generale e sull' intubazione nella laringite postmorbillosa in particolare. Milano Tamborini, 1898.

G. Cattani. Considerazioni sull' ileo-tifo. Milano Vallardi, 1899.

A. Motta-Coco, Contributo alla genesi dell'indicano. L'indicanuria nel tifo e nelle cosidette febbricole e suo valore diagnostico. Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino*, XIX n. 10, 11, 1899.

Teissier. De l'albuminuire pretuberculeuse. (Dell' albuminuria tubercolare). Estratto del Congrès français de mèdecine-Lyon, 1895.

I. Teissier. Notions de pathologie et indications therapeutiques gènèrales sur les intoxications. (Nozioni di patologia ed indicazioni terapeutiche generali sulle intossicazioni). Estratto del *Traité de Thèrapeutique appliquè*, f. III, Paris, 1895.

Teissier. Pronostic des albuminuries. (Prognosi delle albuminurie). Estratto del Congrès français de mèdecine de Nancy, 1896.

R. Tambroni e R. Lambranzi. Una anomalia del muscolo pellicciaio. Ferrara. Tip. dell'Eridano. 1899.

R. Lambranzi. Alcune ricerche fisiologiche sull'alcalinità di sangue. Stab. Bresciani. Ferrara, 1899.

R. Lambranzi. L'alcalinità del sangue in alcune malattie mentali. Estratto dalla *Rivista di patologia nervosa e mentale,* 1898.

CONCORSI E CONDOTTE

Megliadino S. Fidenzio (Padova). Medico chirurgo ostetrico, Stipendio L. 3400. Scadenza 15 settembre.

Niguarda (Milano). Concorso per sanitario L. 2050 nette. Scadenza 31 agosto.

Portomaggiore (Ferrara). Concorso per medico chirurgo primario e Direttore dell'Ospedale. Età non più di 40 anni. Stipendio L. 3700. Scadenza 31 agosto.

Isole di S. Stefano (Napoli). Medico chirurgo presso l'ergastolo di S. Stefano, cura ai condannati, agli impiegati ed ai militari del distaccamento. Obbligo di residenza permanente. Stipendio L. 2200 più indennità di residenza da L. 150 a 300. Domande alla Prefettura (Gabinetto). Scadenza 31 agosto.

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Budrio (Bologna). Concorso per Medico-Chirurgo pei poveri. L. 2000. Scadenza 30 agosto.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Massaua. È aperto il concorso al posto di medico condotto a Massaua per titoli, da inviarsi al ministero dell'interno.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE PORENCEFALIE TRAUMATICHE

L'Heschl diede nel 1859 il nome di *porencefalia* alle perdite di sostanza che si trovano talvolta nel cervello e che penetrano fino al ventricolo laterale: esse dipenderebbero ora da un arresto di formazione, ora da un processo patologico sopraggiunto nel corso dello sviluppo del cervello. Prima di lui, Reil, Breschet, Lallemand, Cruveilhier, Rokitansky aveano pubblicato delle osservazioni di porencefalia. Si è creduto di trovar la causa della porencefalia nell'idrocefalia (Cruveilhier), nell'encefalite (Lallemand), nelle lesioni dei vasi cerebrali (Heschl, Klebs, Beau, Biswanger), nelle emorragie cerebrali (Dugès, Cruveilhier, Lallemand), Henoch), nelle embolie cerebrali (Kreuser, Heubner), nella necrosi anemica (Hundrat), nel trauma (Kundrat, Andral, Rousseau), negli arresti di sviluppo (Breschet, Rindfleisch, Ross, Henoch, Kahlden, Bourneville).

In realtà, nessuna di queste cause è capace, da sola, di spiegare la produzione di tutti i casi di porencefalia: questa affezione ha origini multiple. Mentre che l'Heschl riuniva sotto il nome di porencefalia tutte le cavità cerebrali dovute ad un processo patologico o ad un arresto di sviluppo, altri hanno voluto restringere l'applicazione di questa parola. Kahlden distingue la porencefalia ordinaria, risultante da un arresto di sviluppo, dalle porencefalie embolica e traumatica. Il Bourneville separa la porencefalia vera per arresto di sviluppo dalla pseudo-porencefalia, che risulta da diversi processi patologici, ed assegna a queste due varietà di porencefalia dei caratteri differenti; nella prima la cavità cerebrale ha la forma di un imbuto a pareti lisce, ricoverte dalla pia-madre esterna, le circonvoluzioni si dirigono a raggi verso il fondo dell'escavazione, l'orifizio di comunicazione con il ventricolo laterale è arrotondato e situato alla sommità dell'imbuto; spesso altre anomalie esistono attorno all'escavazione; infine l'affezione è sempre congenita. Nella pseudo-porencefalia, invece, la perdita di sostanza cerebrale, più o meno profonda, contiene una cisti che non comunica ordinariamente con il ventricolo: se la comunicazione esiste, l'orifizio è irregolare e frastagliato: la cavità cerebrale è anfrattuosa; infine, le circonvoluzioni che circondano l'escavazione hanno un aspetto e direzione normale.

Il Kahlden insiste sulla sede speciale della perdita di sostanza cerebrale, che, nella porencefalia per arresto di sviluppo, occupa sempre le circonvoluzioni centrali della faccia esterna degli emisferi, mentre che nelle altre porencefalie essa può riscontrarsi in un punto qualunque della superficie cerebrale, a livello del lobo frontale, del lobo occipitale, del cervelletto.

I caratteri indicati avanti sono sufficienti per permettere di separare la porencefalia dalla pseudo-porencefalia? Tali caratteri non sono così precisi da giustificare una distinzione. La sede della cavità a livello delle circonvoluzioni centrali, il suo aspetto liscio, la sua comunicazione mediante un orifizio regolare con il ventricolo laterale, sono stati osservati ancora in molti casi di porencefalia acquisita, d'origine traumatica. I sintomi osservati sono identici nelle due varietà e dipendono molto più dall'estensione, dalla profondità e sede delle lesioni che dalla loro natura e causa.

Infine, l'arresto di sviluppo non può da solo spiegar l'origine delle porencefalie congenite, perchè esso stesso dipende da una causa infettiva, tossica o traumatica che agì sul feto durante la gravidanza. Sia pure la sifilide, che, per la sua influenza distrofica o per le lesioni vascolari che provoca, abbia impedito lo sviluppo del lobo cerebrale, sia un'infezione qualsiasi, un trauma subito dalla madre durante la gestazione (Bourneville e Dauriac), sia la pressione prodotta dal cranio malformato o dal corno di Ammone (Schöffer), l'arresto di sviluppo è sempre secondario.

Per tali ragioni sembra preferibile accettare l'antica concezione dell'Heschl, del Kundrat, e di dare il nome di porencefalia alla lesione anatomica caratterizzata dall'esistenza di cavità scavate nel tessuto cerebrale, qualunque sia l'origine. Questa definizione elimina le cisti, gli ascessi, i tumori della corteccia, che non fanno se non respingere le circonvoluzioni senza distruggerle, e la pseudo-encefalia che si osserva in certi mostri; ma essa comprende le diverse varietà etiologiche della porencefalia. Secondo i casi, la porencefalia sarà congenita o acquisita, dovuta ad un arresto di sviluppo, ad un embolo o ad un trauma, ecc.

Landouzy e Labbè hanno recentemente

riferito un' interessantissima osservazione di porencefalia acquisita di origine traumatica. La malata, di 20 anni, a 18 mesi era caduta sulla testa e n' era risultata una frattura del parietale, seguita da una riparazione ossea incompleta; la sostanza cerebrale distrutta era stata sostituita da una cavità infundiboliforme in comunicazione con il ventricolo laterale. Per lungo tempo la deformazione cerebrale restò latente, poi essa si è manifestata con una emiplegia e con crisi epilettiformi seguite da morte.

Altre osservazioni di porencefalia di origine indubbiamente traumatica sono state riferite da Andral, Saint-Germain, Böttger Herter, Poncet, Rousseau, Frigario, v. Monakow, Kahlden.

Il trauma interessa il più spesso un individuo giovanissimo, al momento della nascita o nei primi mesi della vita. Su 11 casi il trauma agì 9 volte tra il momento della nascita e l' età di 13 anni; 2 volte agì in individui adulti (17 anni nel caso del Böttger, 45 anni in quello del Kahlden). Nei neonati il trauma è consistito nell'applicazione del forcipe in un parto difficile (Monakow, Kahlden); in altri è la compressione della cintura pelvica nel corso del travaglio, o la caduta del bambino in un parto precipitato; più tardi si tratta di una caduta sulla testa, di un colpo. Il trauma ha prodotto il più spesso una frattura del cranio.

Ma per qual modo agisce il trauma sul cervello? Vi ha lacerazione della sostanza cerebrale od emorragia? Avviene una necrobiosi degli elementi nervosi dovuta ad un disturbo trofico o ad una vera infiammazione (Cotard)? É questo un problema di difficile soluzione. Però i lavori di Lannelongue, Volkmann, Vivien hanno dimostrato che le fessure e fratture del cranio nei bambini non aveano, il più spesso, alcuna tendenza a ripararsi; la perdita ossea tende sempre ad ingrandirsi sia in seguito allo sviluppo del cranio, correlativo a quello del cervello (Lannelongue, Bergmann), sia in seguito ad un rammollimento rachitico del cranio (König): sui suoi margini si formano degli osteofiti, ma le sporgenze ossee non si saldano. Per questa apertura cranica la sostanza cerebrale fa ernia e costituisce un tumore molle, riducibile, fluttuante e pulsatile più o meno sporgente sotto la pelle, al quale i chirurgi dànno il nome di encefalocele, se esso è formato dalla sola sostanza cerebrale, e di cefaloidrocele se contiene del liquido cefalo-rachidico. Se l' ernia cerebrale si riduce resta in un punto del cranio una regione depressa o deprimibile, che dà la sensazione di un foro chiuso da una membrana, di una fontanella accessoria. La duramadre e l' aracnoide fan difetto a questo livello, e restano aderenti ai margini del foro (Kappeler e Vivien).

Più tardi, se il soggetto sopravvive, è probabile che la sostanza corticale erniata, mal nutrita e compressa da dentro in fuori dal liquido cefalo-rachidico, si riduca e scompaia completamente, lasciando una cavità imbutiforme, a base esterna che costituisce il *porus*. La sommità dell'imbuto è generalmente in comunicazione con il ventricolo laterale. Le esperienze del Bikeles provano che lo stabilirsi della comunicazione con il ventricolo laterale e la dilatazione di questo, sono un fenomeno secondario. Lo Schiff ha ottenuto gli stessi risultati. Il D'Abundo è riuscito a produrre la porencefalia traumatica fratturando il cranio agli animali. Ora i caratteri riscontrati nelle esperienze fanno identificare le porencefalie ottenute sperimentalmente a quelle traumatiche dell'uomo.

La perforazione ossea presenta in quasi tutti i casi gli stessi caratteri; essa ha sede per lo più sul parietale, talvolta sul frontale (Kahlden); la sua forma è arrotondita od ovalare, le dimensioni sono variabili. Esteriormente il foro è regolare, internamente i suoi margini sono spessi e ricoverti di numerose scaglie ossee; talvolta dai margini del foro partono delle fessure. Nel maggior numero dei casi la duramadre manca a livello del foro (Kahlden); esiste nei casi di Herter, Saint-Germain. Attaccata ai margini del foro, la dura-madre aderisce all'aracnoide, alla pia ispessita, alla sostanza cerebrale. La perdita di sostanza cerebrale è chiusa all'esterno dal cuoio capelluto e da una sottile membranella connettivale, proveniente dalla pia-madre, e continuantesi con quella che riveste l'escavazione.

La perdita di sostanza cerebrale è situata in un punto variabile della corteccia. La variabilità della sede della porencefalia traumatica contrasta con la fissità della localizzazione della porencefalia per arresto di sviluppo. Altro carattere della porencefalia traumatica è l'unilateralità delle lesioni, opposta alla bilateralità frequente nelle porencefalie congenite; ma ciò non costituisce una regola assoluta (caso del Monakow). La perdita di sostanza cerebrale ha generalmente la forma di un imbuto più o meno profondo, comunicante con il ventricolo laterale, o con il IV° ventricolo (caso del Monakow). Le pareti dell' escavazione sono generalmente liscie e ricoverte dalla piamadre interna. Al fondo si vede talvolta comparire il plesso coroideo (Landouzy e Labbè). Il ventricolo laterale è abitualmente dilatato, e questa dilatazione, riscontrata anco nelle porencefalie sperimentali, fa escludere in modo assoluto l'antica teoria che faceva dipendere la porencefalia dall'idropisia dei ventricoli. Essa si accompagna talvolta a lesioni di degenerazione secondaria.

I sintomi della porencefalia traumatica sono assolutamente gli stessi di quelli delle porencefalie descritte dai classici. Essi dipendono dalla sede, estensione e profondità delle lesioni cerebrali. La comparsa dei sintomi è talvolta preceduta da un lungo periodo di latenza. Il più spesso la porencefalia dà luogo ad un'emi-

plegia totale o ben localizzata agli arti od alla faccia. Generalmente persistente, quest' emiplegia può essere però passeggera (Landouzy e Labbè). Possono esistere contratture, emiatrofia, emianestesia (Frigario). L'intelligenza è spesso lenta a svilupparsi; talvolta i bambini restano idioti. Gli accidenti epilettiformi si mostrano con una frequenza notevole: gli ammalati possono morire in uno stato di male. La crisi epilettica può essere localizzata ad un arto.

La porencefalia traumatica, grazie alle stimmate fisiche, è in genere facile a riconoscersi. Si dovrà sempre pensarci negli individui epilettici, emiplegici con disturbi mentali, che hanno subito un trauma nell' infanzia o durante il parto.

La porencefalia traumatica non è incompatibile con l' esistenza. Gli individui arrivano fino ad età avanzata. Qualcuno muore con disturbi cerebrali o nel corso di accessi epilettici: la maggior parte muore con una complicanza intercorrente.

La cura, fin quì, si è mostrata nulla.

BIBLIOGRAFIA

Bourneville. Com. rendus du service de Bicêtre, 1890-1896. — Kahlden. *Beitr. z. path. Anat.* 1895. — Landouzy et Labbè. *La Presse médicale*, n. 66, 19 agosto 1899. — Andral. *Clin. med.*, vol. V. — Rousseau. Un cas de fissure cerebrale, 1886. — Frigario. *Ann. univ. di med.*, 1887.—De Saint-Germain. *Ann. mèdico-psych.* 1858. — Poncet. *Soc. de biol.* 1880.—Monakow. Corresp. f. Schweizer Aerzte, 1891. — Herter. Drei Fälle von Encephalocele u. ein Fall von Schädelfect mit Porencephalie, Berlin, 1870. — Böttger. *Zeits. f. Psych.* Bd. XXVI, 1869. — Lannelongue. *Cong. de chir.*, 1886. — Vivien. *Th. de Paris*, 1883.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale del R. Ist. super. di Firenze diretta dal prof. P. GROCCO

SUL DIVERSO MODO DI AGIRE DELLA TOSSINA TIFICA E DELLA DIFTERICA A SECONDA CHE SIANO INIETTATE NELLA VENA PORTA O NELLA VENA GIUGULARE.

Ricerche sperimentali (Prima serie)

Dottor Gustavo Padoa

(*Continuazione e fine*)

Tossina difterica.—Rene.—Le alterazioni sono in generale assai più grandi e profonde di quelle provocate dalla tossina tifica. Macroscopicamente i reni si presentano sempre, quando più quando meno, aumentati di peso e di volume. L'aspetto in generale di reni, iperemici, non di rado addirittura emorragici: superficie esterna cianotica, con le stelle del Verchyn ben visibili, talora con punteggiature echimotiche, tal'altra con emorraggie sottocapsulari. In due casi la superficie era come marmorizzata per l'alternarsi di chiazze rossastre e grigiastre le quali ultime rappresentano larghe zolle necrotiche. Facile quasi sempre è il decapsulamento. Le superficii di taglio in alcuni casi sono semplicemente più scure del normale più spesso di un color rosso intenso, sanguinolente.

Al microscopio, a secondo della dose e della virulenza della tossina ho potuto osservare: iperemia, emorragie, rigonfiamento torbido, desquamazione e disfacimento cellulare, collasso dei tubuli, necrosi. Aggiungo subito che le lesioni erano quasi esclusivamente nella porzione corticale del rene e che anche in essa non erano generalizzate, salvo che nei casi più gravi: di solito accanto a glomeruli e a tubuli alterati ve ne erano dei normali. Salvo in due coppie di conigli, ho trovato sempre più gravi alterazioni nei reni degli animali iniettati nella giugulare che in quelli inoculati nella porta.

Sarebbe lungo riportare per esteso tutti gli esami istologici comparativi su i reni dei due conigli di ogni serie che ho praticato. Questa descrizione particolareggiata ho fatta nella mia tesi di dottorato e mi riserbo di pubblicarla per intiero quando riunirò in un nuovo lavoro esperimenti analoghi ai presenti che ho in corso con queste stesse e con altre tossine. Ripeterò qui soltanto un paio delle osservazioni, a mò di esempio per non ripetermi inutilmente tante volte:

Con. A'' bigio, peso gr. 1089, iniezione nella v. porta, tos. dift. cc. 10, morto dopo 21 ore dall'iniezione. Reni iperemici, di colorito rosso bluastro, facilmente decapsulabili. Superficie di taglio di colorito più intenso dell'ordinario: sostanza corticale aumentata. Peso gr. 7,5. All'esame microscopico iperemia non molto intensa. Non emorragie. Cellule quà e colà in preda a rigonfiamento torbido nei tubuli contorti. Non desquammazione nè altro fatto degno di nota.

Con. C'' bigio, peso gr. 1082, iniezione nella v. giugulare, toss. dift. cc. 10, morto dopo 14 ore dall'iniezione. Reni aumentati di volume, del peso di gr. 10,5 di un colorito cianotico generale con macchie ancora più scure quà e là. Le superficii di taglio hanno un color rosso vinoso intenso e diffuso, dànno sangue in quantità, facile il decapsulamento. All'esame istologico si vede sangue copioso stravasato nei glomeruli e nei tubuli. Nella sostanza corticale profonde alterazioni delle cellule specialmente dei tubuli contorti: rigonfiamento torbido, in taluni punti disfacimento delle cellule, nuclei liberi nei tu-

buli, qua e là il tessuto è ridotto ad una massa amorfa con qualche nucleo mal colorato.

Con. S''. rosso, peso gr. 1460, iniezione nella v. porta, tos. dift. cc. 6,5, morto dopo 44 ore dell' iniezione. Reni di volume pressochè normale, peso gr. 6,5, colorito assai pallido che si ripete sulle superficii di taglio: la sostanza corticale è notevolmente aumentata. All'esame microscopico non emorragie nè iperemia. Rigonfiamento torbido delle cellule dei tubuli contorti; in qualche punto collasso dei tubuli.

Con. T''. rosso, peso gr. 1435, iniezione nella v. porta, tos. dift. cc. 6,5, morto 21 ore dopo l'iniezione. Reni assai aumentati di volume, peso gr. 11. All'esterno un color rosso cupo con piccole punteggiature ecchimotiche numerosissime. Sulle superficii di sezione il colore è rosso bruno, l'aspetto sanguinolento; ben disegnate le piramidi del Ferrein. Al microscopio si vedono emorragie intraglomerulari e tubulari. Rigonfiamento torbido: cellule in alcuni punti disfatte in detrito e cadute nel tubulo. In altri punti nuclei poco colorati, talchè ivi il parenchima renale appare come una massa granulosa con qualche nucleo sbiadito qua e là.

Dai risultati ottenuti dallo esame comparativo dei reni dei conigli iniettati nella porta e di quelli iniettati nella giugulare mi sembra di poter trarre la conclusione che in generale, a parità di dose e di tossicità del veleno, *le lesioni renali sono più gravi nei conigli che hanno avuto iniezione endogiugulare che in quelli che hanno avuto iniezione endoportale di tossina difterica.*

Fegato. — L'aspetto microscopico si riassume in poche parole. Volume sempre aumentato, talora modicamente, talora enormemente. Colorito o rosso cupo così allo esterno come sulle superficii di taglio sanguinolente e allora si avevano le note del fegato da stasi, oppure roseo pallido o giallastro accoppiato a consistenza diminuita, parenchima facilmente lacerabile col dito e sporcante la lama al taglio, e allora si avevano i caratteri or più ora meno accentuati del fegato grasso.

Al microscopio l'organo si trova in generale gravemente alterato e più gravemente nei conigli iniettati nella porta, forse per un'azione di contatto della tossina difterica sulle cellule epatiche, talchè si arriva fino alla necrosi. Per la descrizione delle alterazioni istologiche non avrei su per giù che a ripetere quanto ho riassunto nella parte bibliografica dei lavori di Teissier e Guinard. Emorragie diffuse, sangue insinuato fra le colonne di cellule e fra cellula e cellula: elementi disgregati e ridotti ad un detrito in cui si vedono insieme granuli protoplasmatici, nuclei, globuli rossi: queste le massime alterazioni che riscontrai in qualche caso. Quando la dose fu meno forte o la tossina meno potente riscontri minori alterazioni: rigonfiamento torbido con nucleo poco visibile per le granulazioni e l' opacità del protoplasma. Diffusione sanguigna più o meno estesa con spostamento e talora con disgregamento delle colonne di cellule epatiche. In alcuni casi (in sei) ho trovato degenerazione granulo-grassosa, con ripulsa del nucleo alla periferia, ciò che conferma i reperti di Teissier e Guinard.

Non so terminare queste note sulle alterazioni istologiche riscontrate nei miei esperimenti senza porgere uno speciale ringraziamento all'egregio dott. Daddi che, in specie per questa parte del mio studio, mi fu ad ogni passo, largo di suggerimenti e di aiuti.

Alle conclusioni che sono venuto a mano a mano traendo direttamente dai fatti, poco altro ho da aggiungere. Soltanto par chiaro che, come già il Roger ebbe a dimostrare per alcuni alcaloidi, non l'azione di tutte le tossine batteriche pel passaggio di queste attraverso il fegato, si modifichi nello stesso senso. Secondo queste ricerche, che per ora non sono che all'inizio, l'azione di alcune per tale passaggio si fa meno dannosa, quella di altre diviene più grave per l'organismo. Sicchè non si potrà dagli esperimenti condotti con una tossica batterica rispetto al cosiddetto potere antitossico del fegato dedurre in modo analogo per le altre; ma converrà esperimentare con ognuna separatamente.

Per ottenere resultati che si accostino per quanto è possibile alla realtà credo che saranno utili le precauzioni che ho da principio enumerate per eliminare alcune precipue cause d'errore negli esperimenti e l' aggiungere al criterio della maggiore o minore rapidità colla quale sopravviene la morte anche quello della maggiore o minore gravità delle lesioni renali, a seconda che l'iniezione si faccia endogiugulare o endoportale.

BIBLIOGRAFIA

Albertoni. Sulla funzione protettrice del fegato, *Policlinico*, 1894 Anno I n. 8, pag. 190. — Albu. Ueber die Ausscheiding toxischer Substanzen aus dem Organismus bei acuten und cronischen Krankheiten, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1894 pagina 1081. — Arloing. Les virus, Paris 1893. — Arloing. Examen des processus réactionnels sous l' influence de certains poisons bactériques à l'eccasion de la pneumobacilline, *Arch. de phys.*

1895, pag. 436. — Arloing et Laulamé. Introduction à l'étude des troubles de la temperature des combustions réspiratoires et de la thermogénése sous l'influence des toxines bacteriennes, *Arch. de phys.* 1895 pag. 674. — Babes. Ueber die durch Streptokokken bedingte acute Leberentartung, *Virchow's Arch.* Bd. 136, p. 1, Anno 1894.—Bard. Des charact. anatomo-pathol. généraux des lésions microbiennes, *Arch. de phys.* IX 1882.—Behring. Ueber Infectionsgifte. *Deutsche med. Wochenschrift* 1898, 8 settembre. — Bellati. La tossicità delle orine nelle malattie epatiche, *Arch. it. di biologia* XXIII pag. 283, e *Boll. della R. Acc. med. di Roma* vol. XIX, 1892-93. — Bernard A. Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses. Paris 1857.—Besnea. Il fegato nelle dispepsie gastro-intestinali infantili. *Arch. des sciences médicales* 1897.—Bisso. La tossicità dell'urina prima e dopo la legatura della vena porta, *Boll. R. Acc. med. di Roma.* Anno XXI fasc. II.—Bonardi. Tossicità delle orine in alcune malattie acute. *Policlinico* 1890 pag. 537. — Bouchard. Leçons sur les autointoxications dans les maladies, Paris 1887. — Bouchard. Actions des produits secretés per les microbes pathogènes. Paris 1890.— Brieger und Boer. Ueber Antitoxine und Toxine, *Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten.* Vol. I.—Idem. Ueber die Toxine des diphterie und des Tetanus, *Deutsch. med. Wochensch.* 1896, n. 49.—Brieger u. Fränkel Untersuch. u. Bakteriengifte, *Berl. klin. Woch.* 1890.—Brieger und Wassermann. Auftreten v. Toxalbuminen beim Menschen, *Charité* Anno XVII, 1892.—Buchner. Ueber Bakteriengifte und Gegengifte, *Münch. med. Wochenschrift* 1893, n. 24 e 25. Riviste in *Centr. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde* Bd. XIV-1893 pag. 235. — Carrière. Etude éxpér. des altérations histologiques du foie et du rein produites par les toxines tuberculeuses, *Arch. de Méd. Exp. et d'An. path.* T. IX, 1897, pag. 65.—Cavazzani. Sur une aptitude spéciale du foie à retenir le violet de méthyle, *Arch. it. de biologie* 1896 (vol. XXIV) pag. 27 e in Atti del R. Istituto Veneto di Scienze lettere ed arti T. VII, Serie VII, 1895-96.—Chantemesse. Sur la toxine typhoide soluble, *C. R. de la Soc. de biologie,* 1897 n. 3 e 4 pag. 96 e 101.—Charrin. Poisons de l'organisme (P. de l'urine), Paris.—Idem. Influence du protoplasma des cellules bactériennes sur la structure et le fonctionnement du foie et du rein, *Arch. de physiol.* V serie, Tome V, Rivista in *Jahresberichte* 1893. p. 273.—Idem.Modifications nutritives des cellules dépendantes des sécrétions bactériennes,*Arch. de phys.* 1895 pag. 399.—Charrin et Cassin. Des fonctions actives de la muqueuse de l'intestin dans la défense de l'organisme, *Arch. de phys.* 1896. —Claude. Lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines, *Thése de Paris*, Carré ed. 1897. Cfr. pure *Presse mèdicale* 1997 n. 39 pag. 215 e *Revue des Sciences mèdicales* T. L, Anno 1897 pag. 456.—Cnopf. Mittheilung über die Wirkung der Diphterie-Toxine auf der Gewebe des menschlischen Körpers, *Münch. med. Wochenschrift.* 1895 nn. 52 e 53. — Colasanti. La fonctions protéctrice du foie, *Arch. it. de biologie* An. 1896 pag. 558. — Corrado. Sul passaggio dei germi patogeni nella bile e nel contenuto enterico e sull'azione che ne risentono. Atti della R. Accademia Med. di Roma Anno XVI-1891 Serie II Vol. I. — Courmont et Doyon. De la marche de la température et de la vasodilatation dans l'intoxication diphterique éxpérimentale. *Arch. de physiol.* 1895 pag. 252.—Courmont, Doyon et Paviot. Lésions hépatiques engendrées chez le chien par la toxine diphtérique. *C. R. de la Soc. de biol.* 27 juillet 1895 pag. 610. *Gazette mèdicale de Paris* 1895 n. 32.--Id. Des lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique éxpérimentale aigue. *Arch. de physiol.* 5 Série VII, pag. 484.—Idem. Des lésions hèpatiques éxpérimentales engendrées par la toxine diphtérique. *Arch. de physiol.* 1895 pag. 687. D'Amato. Sull'importanza del glicogene epatico nell'azione protettiva del fegato contro l'infezione carbonchiosa. *Policlinino,* 1 sett. 1898'—Dannic. Le rein des tuberculeux *Thèse de Toulouse.* — Debierre. Les maladies infectieuses, microbes, ptomaïnes. leucomaïnes, Paris 1888. — Doyon. Contribution à l'étude des effets de la toxine cholérique. *Arch. de physiol.* 5 serie, T. XIII, 1897, pag. 785-790. Eck (v.) N. *Journal fur Kriegsmedicin,* Bd. 131-1877. — Ehrlich. Ueber die Constitution des Diphteriegiftes. *Deutsch. med. Wochenschrift,* 22 sept. 1898.—Enriquez et Hallion. Rein granuleux éxpérimental par toxine diphtérique. *Bul. mèd.* 1894 n. 93 pag. 1045. — Idem. Sur la période d'incubation dan les empoisonnements par toxines microbiennes. *C. R. de la Soc. de la biol.* Sèance du 29 déc. 1894. — Idem. Sur les effets phisiologiques de la toxine diphtérique. *Arch. de phys.* 5 serie, VII, pag. 515. — Fievet. De l'action antitoxique et excrementitielle du foie. *Thèse de Lille,* 1893. — Flexner. The pathologic of toxalbumin intoxication. *Johns Kopkins Hosp. Rep.* Vol. VI, 1897, pag. 259, 409.— Gamaleia. Les poisons bactèriens. Paris 1892.— Gaston. Le foie infectieux. *Thèse de Paris* 1893. riv. in *Revue des Sciences Mèdicales* 1894 vol. 43 pag. 170.—Guinard et Artaud. De la période latente des empoissonnements par iniections veineuses de toxines microbiennes. Soc. de Biol. 2 mars 1895. riv. in *Revue des Sciences Médicales* 1895 vol. 46 pag. 60. — Idem. Quelques particolarités rélatives au mode d'action et aux effets de certaines toxines microbiennes. *Arch. de mèd. exp. et d'An. path.* T. VII, Anno 1895 pag. 389. — Guinochet. Sur la toxine du bacille de la diphtérie. *La Semaine médicale,* 1892, n. 28. — Hamilton. Della necrosi batterica del fegato. Congresso intern. d'igiene e demografia di Londra 1891. *Gaz. degli Osp.* 1891 pag. 639. — Hanot. Le foie infectieux et le foie toxique au point da vue de la kariokynèse. *C. R. de la Soc. de biol.* 16 juin 1894.—Idem. Note sur les taches blanches du foie infectiéux. *C. R. de la Soc. de biol.* 6 mai 1893.—Idem. Sur les alterations cellulaires du foie infectieux. *C. R. de la Soc. de biol.* 17 juin 1893.— Hanot et Gaston. Sur les néo-canalicules biliaires dans le foie infectieux. C. *R. de la Soc. de biol.* 15 juillet 1893. — Klecki. Ueber die Rolle des Nieren bei Blutvergiflung. *Przeglad lekarski* n. 45, 1896. riv. in *Jahresberichte* 1896, pag. 261. Robert. Lehrbuch der Intoxicationen, Stuttgart 1893, pag. 667. rivista in *Centr. f. Bakt. u. Parasitenkunde*, 1883, Bd. XIV. pag. 208. — Kossowski. Sur l'élimination par les reins des microbes et des émulsions de graisse, *Thèse de St. Pètersboug* 1897.—Kunkel. Einflüss von Giften auf den Glycosenbestand der Leber. *Wurzl Verhandl.* n. 9, 1894, pag. 135. riv. in *Jahresberichte* 1894.—Kotliar. Contribution à l'étude du rôle du foie comme organe défensive contre les substances toxiques. *Arch. de Sc. biol. de St. Pètersbourg* II, pag. 587. — Krawkow. De la dégénérescence amyloide et des altérations cirrhotiques provoquèes éxpèrimentalement chez les animaux. *Arch. de Méd. exp. et d'An. path.* 1896 T. VIII pag. 106.—

Künde. De hepatis ıanarum extirpatione. *Dissert inaug. Berolini* 1850.—Kuskoff. Altèrations du foie dans le cholera. *Boluitchnaia Gazeta Botkina*, 1892, n. 40. riv. in *Revue des Sc. Méd.* 1893 vol. 42, pag. 57. — Joffroy et Serveaux. Nouveau procèdè de mensuration de la toxicitè des liquides. *Arch. de mèd. exp.* VII, 1895 pag. 572.—Lagard. Sulla funzione antitossica del fegato. *Arch. it. de biologie* XXIII, 1896. — Lèpine et Lyonnet. Sur les effets de la toxine typhique chez le chien. *Revue de Médecine*, 1897 pag. 905 e 1898, n. 11, del 10 novembre.—Lustig. Malattie da infezione. Torino 1897 pag. 89 e seg. pag. 95.—Maffucci. Sui prodotti tossici del bacillo tubercolare. *Policlinico.* 1895, I° gennaio.—Maffucci e Sirleo. Ricerche sperimentali sullo stato del fegato nelle malattie infettive (iniez. carbonchiose e tuberc. nella v. porta) *Policlinico* 1895 15 novembre. — Maffucci e Sirleo. Il fegato nelle malattie infettive. *Central. f. allg. Path.* 20 maggio 1896.— Magnanimi. Le modificazioni del ricambio azotato dopo l'innesto della porta colla cava inferiore. *Policlinico* vol. III M. 1896 e *Arch. it di biol.* T. XXVI pag. 66.—Manfredi e Traversa. Sull'azione fisiologica e tossica dei prodotti di colture degli streptococchi della erisipela. *Giorn. intern. della Sc. med.* 1888. — Marenghi e Garino. Sulla preparazione del brodo per la produzione della tossina difterica. Soc. Med. chir. di Pavia, 52 nov. 95. — Martin. Production de la toxine diphtèrique. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, annèe XII, n. 1.—Mertens. Lèsions anatomiques du foie du lapin au cours de l'intoxication cronique par le chloroforme et par l'alcool. *Arch. de pharmacodynamie*, 189[illegible], vol. II. pag. 127. — Moleschott. *Vierordt's Arch. f. Physiol. Heilkunde* 1851-52, Bd. XI, pag. 479. — Monti. I dati fondamentali della patologia moderna. Torino, Rosemberg e Sellier ed. 1898 pag. 137 e seg. — Moroni. Studio sul fegato dei tifosi. *Arch. it. per le Sc. mediche*, 1892, n. 1. — Micolle. Prèparation de la toxine diphtèrique. *Ann. de l' Inst. Pasteur*, Année 1896, n. 6, pagina 333. — Pawlow - Massen - Nencki e Hahn. Die Eck'sche Fistel und ihre Folgen für den Organismus. *Archiv. f. exper. Path. u Pharm.* XXXII pag. 160 e *Archives de Sc. biologiques de St. Pètersburg*, T. 1, 1892 pag. 401. — Perelmann. Action du poison cholèrique sur l'organisme du chien. Soc. de Med. de l' Acad. Imp. de St. Pètersburg, Sèance de fèvrier 1894. riv. in *Arch. de Mèd. exp. et d' An. path.* 1894, T. VI pag. 977.—Pick. Versuche über functionelle Ausschaltung der Leber bei Säugethieren. *Arch. f. exper. Path. u. Pharm.* Bd. XXXII, 1893. pagina 382.—Pletner. Sur les lèsions rènales dans la tuberculose. *Thèse de St. Pétersburg* 1894. riv. in *Rev. des Sc. mèdicales* 1895 vol. 45, pag. 43. — Ponfick. Experimentelle Beiträge zur Pathologie der Lebes. *Virchow's Archiv.* Anno 1889 e 90, Bd. 118 pag. 209 e Bd. 119 pag. 193. — Queirolo. Sulla funzione protettrice del fegato contro le autointossicazioni intestinali. Un nuovo metodo per la riunione delle vene. Atti dell' XI Congresso med. int. Vol. III pag. 51 e *Arch. di clinica medica*,— Rendu. Ictères toxiques liès à des maladies infectieuses. *Bull. mèdical* 28 mai 1893.—Richet. De la toxicitè des substances solubles des cultures tubercoleuses. *La Sem. mèdicale.* 1891 n. 31 pagina 254.—Rodet. L'atténuation des virus. *Revue de mèdecine*, t. VII; 1887 ed VIII, 1888.—Rodet et Courmont. Produits du staphylococque pyogéne *Le Bulletin mèdical* 1892.—Roger. Role du foie dans les intoxications. *C. R. de la Soc. de la Biol.* 1886, 20 février.—Idem. Deuxième note sur le rôle du foie dans les intoxication, *C. R. de la Soc. de Biol.* 1886, 31 juillet. — Idem Action du foie sur les poissons. *Thèse de Paris*, 1887.—Idem. Lèsions hèpatiques d'origine infectieuse. *C. R. de la Soc. de Biol.* 1893, 1. juillet. — Idem. Les fonctions du foie. *Ann. de mèdecine* 1894, 12 juillet.—Idem. La fonction protectrice du foie. *Prèsse Mèdicale* 1897, 26 juin. — Idem. Sur le rôle protecteur du foie contre l' ınfèction charboneuse. *C. R. de la Soc. de Biol.* 1897, 9 oct. pag. 879.—Idem. De quelques conditions qûi modifient l' action du foie sur les microbes. *C. R. de Soc. de Biol.* 1898, 15 octobre.— Romanow. Contribution à l' bistologie pathologique du foie dans le cholèra. *Vratch* 1893, n. 34. riv. in *Revue des Sc. mèd.* Vol. 43, 1894, pag. 47.— Roux et Yersin. Contribution à l'ètude de la diphtèrie. *Ann. de l' Inst. Pasteur* Anno II 1888, n. 12, pag. 629. — Sahli. Ueber die modernen Gesicht punkte in der Pathologie der Infectionskrankheiten. *Sammtl. Klin. Vorts* 1888, 319-20.— Scherrington. Experiments on the escape of bacterio with the secretions. *Journal of Path. and Bact. Edimburg and London* 1893 Februer: riv. in *Centr. f. Bakteriologie* T. XIII, 1893 pag. 718. Shupfer. Sugli effetti che induce sull' organismo l'innesto della v. porta nella v. cava inferiore per rispetto all'autointossicaziene d'origine intestinale. *Policlinico*, 1896, pag. 357.—Idem. L' azione protettiva del fegato contro gli alcaloidi. *Boll. della R. Accad. Med. di Roma*, Anno XIX, fasc. V.— Schweizer. Ueber des Durchzehen von Bacillen durch die Nieren. *Virchow's Archiv.* Bd. CX, Anno 1887 pag. 255.—Sicard. Toxine et antitoxine tètanique par injections sous-aracnoÏdiennes, *Soc. de biol.* 1898, 12 nov. *Presse mèdic.* 1898 n. 94, 16 nov. —Siredey. Contribution à l'étude des altèrations du foie dans les maladies infectieuses. *Rev. de méd.* VI, 1886.—Spronck. Sur les conditions dont dèpend la production du poison dans les cultures diphtèriques. *Ann. de l' Inst. Pasteur* 1895 n. 10 pag. 758. — Idem. Prèparation de la toxine diphtèrique. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, An.XII 1898, 25 oct. —Stolnikow. Die Stellung von hepaticarum in Leber und im gesammten Kreislaüfe. *Pflüger's Archiv.* 1882.—Surmont. Toxicitè urinaire dans les maladies du foie. *Arch. de mèdecine* 1892 (febbraio-marzo). — Teissier et Guinard. De l'aggravation des effets de certaines toxines microbiennes par leur passage dans le foie. Acad. des Sciences 22 juillet 1895.—Idem. Lèsions èxpèrimentales du foie rèalisèes chez les animaux par injections extra-veineuses de toxines microbiennes (pneumobacillaire-diphtèrie principalement) *C. R. de la Soc. de biol.* 1895, 22 juillet, pag. 612. — Idem. Recherches èxpèrimentales sur les effets des toxines microbiennes et sur quelques influencès capables de les modifier. *Arch. de mèd. exper. et d'An. path.* T. IX, 1897 pag. 994 — Idem. A propos des congèstion et des hèmorragies intestinales produites par injections intraveineuses de toxines microbiennes. *Lyon mèdical* 1897 n. 50. Tschudanowsky. Zur pathol. Histol. der Leber bei Cholera. *Berl. klin. Wochenschr.* 1872.— Verhoogen. Recherches sur la diffusion dans l'organisme de certaines substances toxiques où mèdicamenteuses injectèes dans les sang circulant. Bruxelles 1893. — Villetti. La metamorfosi regressiva nelle malattie del fegato in rapporto alla tossicità dell'urina. *Boll. R. Accad. med. di Roma.* Anno VIX fasc. VII — Widal et Bezançon. Cirrose tuberculeuse èxpèrimentale. Soc. de biol. 1895, 29 dècembre. — Woodhead. Bacteria and

their produits, London 1891. — Zagari. Sulla funzione antitossica ed antisettica del fegato Atti dell'XI congr. med. int. Vol. III pag. 62 e *Giornale internaz. delle scienze mediche* 1894, aprile.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

OSPEDALE CIVILE DI VIENNA — I. Stein

Tre casi rari di tetania.—Già i primi autori che osservarono il quadro morboso della tetania avevano stabilito che questa nevrosi può presentarsi nelle affezioni del tubo gastroenterico. Malgrado l'interesse che l'argomento ha suscitato ed il grande numero dei casi pubblicati, non si è fatto alcuna luce sull'etiologia della malattia. È sempre interessante perciò la comunicazione di nuovi casi, da cui può trarsi qualche dato di un certo valore il quale appoggi questa o quell'altra ipotesi.

Una giovane di 23 anni fu ricevuta l'8 marzo 1897 con grave morbo di Bright nello stadio di incipiente raggrinzamento renale. Dopo aver sofferto per 4 mesi accessi eclamptici, si sviluppò in essa uno stato di uremia cronica con cefalea, vomito e di tratto in tratto lieve offuscamento della coscienza. Leggera stitichezza. Il 26 luglio si ebbe aumento della temperatura (38°), aumento degli edemi, vomito discreto, con sensorio perfettamente libero e spasmi tonici di tutti gli arti, i quali spasmi, tipici della tetania, durarono con intervalli per 3 giorni. Ogni accesso durava più di un'ora. Non c'era il segno di Chvostek, ma legando il braccio con un tubo elastico, si aveva la caratteristica posizione della mano come per l'esplorazione dell'utero. Esisteva aumento dell'eccitabilità meccanica dei nervi alla pressione.

In seguito al lavaggio dello stomaco ed ai purganti, cessarono le convulsioni, che si ripresentarono con febbre il 2 settembre. Esisteva pure il segno di Trousseau. Nel primo accesso l'urina da 2600 cmc. si era ridotta a 1600; cessato l'accesso essa era di nuovo aumentata fino a 4000. Dopo l'ultimo accesso invece l'urina diminuì sempre fino ad 800 cmc. e si ebbe forte vomito e cefalea che cessarono appena la quantità di urina aumentò di nuovo.

Un'altra donna di 24 anni fu ricevuta il 10 ottobre 1897. Per l'addietro aveva sofferto catarro gastrico con vomito, di breve durata. Da una settimana era ammalata con vertigine, disappetenza, vomito, lieve itterizia. Si trovò ingrandimento dell'aia epatica ed una certa dolorabilità all'epigastrio. Nell'urina esistevano tracce di sieralbumina, pigmenti biliari, urobilina. Nelle fecce si trovò piombo. Nell'ulteriore corso della malattia si ebbero coliche, orlo nero alle gengive, paralisi bilaterale del radiale e e del peroneo. Il 23 ottobre l'inferma presentò a brevi intervalli accessi di convulsioni toniche della durata ciascuno di 5 minuti. Esisteva il sintomo Chvostek, mancava quello di Trousseau. Da 2 giorni non aveva avuto alcuna evacuazione. Nei giorni seguenti altri accessi. Aumento di temperatura fino a 38,5°.

Una terza donna di 20 anni fu ricevuta il 18 novembre 1897, per gonorrea ascendente acuta. Esisteva inoltre un'affezione tubercolare in entrambi gli apici. Forte stitichezza in seguito a formazione di essudati pelvici. Accesso di tetania in tutti gli arti. Si trovarono i fenomeni di Chvostek e di Trousseau e l'ipereccitabilità meccanica dell'ulnare. Nei giorni successivi altri accessi.

Comparando insieme i tre casi, si vede prima di tutto che quì la tetania rappresenta una complicazione di malattia già esistente (pelviperitonite; saturnismo acuto, nefrite).

Nella nefrite, von Frankl-Hochwart dice che la tetania è una rara complicazione. Nel saturnismo la tetania è stata osservata da Cowers e da Letielle. Della tetania nelle affezioni acute degli organi del bacino non si trova alcuna notizia negli autori ora citati, si fa menzione solo di un caso dovuto a Müller. Questa rarità della tetania nelle dette affezioni fa ritenere che il momento causale non sta nella malattia principale, ma che tra questa e la tetania ci sia un rapporto indiretto.

Non tenendo conto della malattia principale nelle tre inferme, ma badando ai sintomi culminanti che esse presentavano, si trova che in tutte e tre gli accessi di tetania erano associati a disordini dell'apparecchio gastro-intestinale. Che nella malattia dello stomaco e dell'intestino la tetania sia frequente è generalmente ammesso. Il modo come ciò avvenga non è perfettamente chiaro: esistono tre ipotesi, quella dell'abbondante perdita di liquidi, la teoria riflessa e quella dell'autointossicazione. La prima ipotesi non può essere applicata ai tre casi. Anche la 2ª ipotesi appare poco probabile: invece è più verosimile la 3ª giacchè in due dei casi la nefrite con uremia cronica e l'avvelenamento acuto per piombo con fenomeni gastrici ed itterizia sono segni diretti di intossicazione. Si aggiunga che in tutti e tre i casi esisteva stitichezza abituale, ed i lievi innalzamenti di temperatura dimostravano che sostanze tossiche pervenivano nel sangue.

Pare però che all'insorgere della tetania, oltrechè una certa disposizione alle nevrosi, concorra anche la forma e la specie dei veleni assorbiti, se no la tetania nelle malattie dello stomaco e dello intestino dovrebbe essere assai più frequente di quello che non è. Forse la relativa frequenza della tetania nelle gravi affezioni gastriche è dovuta al fatto che in questi casi è facile l'assorbimento di sostanze tossiche da parte della parete gastrica alterata mentre ordinariamente l'assorbimento di tali sostanze vien fatto per via dell'intestino tenue e crasso.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

V. CONGRESSO FRANCESE DI MEDICINA INTERNA

tenuto a Lilla dal 28 luglio al 1º agosto 1899.

VIII (fine)

***Mossè.* Le patate nella alimentazione dei diabetici.** — Ha insistito al Congresso tenutosi l'anno scorso a Nantes, sui vantaggi che si possono avere sostituendo le patate al pane nell'alimentazione dei glicosurici; ora ha continuato gli studi sul medesimo soggetto. In un diabetico azoturico la glicosuria è diminuita fin da quando il pane è stato sostituito con le patate.

Renaut dice che é prudente di non sopprimere completamente i farinacei dalla alimentazione dei diabetici, altrimenti questi infermi esagerano le prescrizioni mediche e si nutrono esclusivamente di carne, ció che può produrre l'acetonemia e i pazienti possono morire per coma diabetico. Il regime non deve essere severo che quando la quantità di zucchero è considerevole; ma quando il tasso è caduto a qualche grammo, un regime severo è piuttosto nocivo, epperò si deve assolutamente permettere che questi infermi si nutrano anche di farinacei.

***Lemiere.* Il contagio della tubercolosi nella famiglia (contagio maritale).** — Il contagio coniugale della tubercolosi, merita piuttosto il nome di contagio maritale; perchè nella maggior parte dei casi si tratta di contagio trasmesso dal marito alla moglie. Il contagio dalla moglie al marito è eccezionale. Ciò dipende forse dalla vita più sedentanea della donna, destinata ad accudire alle faccende domestiche, ed esposta così quasi continuamente alle infezioni, specie in certe epoche della sua vita fisiologica (gravidanza, parto, allattamento).

***Fauvel.* Immunità e sue applicazioni terapeutiche.** — Afferma come molti organi ghiandolari, sono agenti evidenti di immunità, così: le ghiandole della faringe, del laringe e della trachea per le vie respiratorie; le ghiandole linfatiche, il corpo tiroide e la milza per il sangue; la pituitaria e la ghiandola coccigea per i centri nervosi. Ha osservato dieci casi di malattie nervose, trattate coll'estratto di pituitaria. I risultati furono i seguenti: tre tabetici migliorarono presto, due neurastenici guarirono, e cinque sciatiche ribelli guarirono con un numero infimo di iniezioni ipodermiche.

***Charrin.* Embolia da cellule muscolari cardiache.** — Presenta alcuni curiosi preparati istologici, dove si vede una cellula muscolare cardiaca, perfettamente riconoscibile, in mezzo al lume di una arteria cardiaca, inglobata nei globuli rossi che contiene l'arteria. A prima vista si è tentati credere che si tratti di una cellula entrata per mezzo della lama del microtomo, ma il fatto che essa trovasi inglobata negli eritrociti, e l'altro dato, ben più importante che si riscontra su tutta una serie di tagli, si deve conchiudere che si tratta di una cellula muscolare-cardiaca, migrata nel torrente circolatorio e sorpresa in questo punto al momento della morte. Si ha dunque da fare con una vera embolia formata da una cellula muscolare cardiaca. Il cuore da dove provenivano questi tagli, apparteneva ad una donna morta di febbre tifoide.

Renaut nota che per quanto singolare sia il fatto che espone Charrin, i tagli che ha mostrato non sono suscettibili di altra interpretazione. Si tratta di una cellula muscolare cardiaca, entrata in circolazione.

***Crocq.* Epilessia jacksoniana isterica.** — Un uomo di 45 anni con antecedenti ereditarii di tubercolosi e già guarito di una osteite tubercolare, in seguito ad una emozione violentissima, ebbe varii accessi di epilessia jacksoniana che man mano si facevano più frequenti. Le crisi cominciando dalla gamba sinistra invadevano in seguito l'arto superiore e la metà della testa dello stesso lato. Nello stesso tempo l'infermo accusava emicrania destra e dolore alla pressione della zona rolandica del lato destro. La diagnosi di lesione tubercolare della zona rolandica destra si imponeva. Purnondimeno si somministrò del bromuro che restò senza effetto, per cui si ricorse alla suggestione. Crocq fece, in presenza dell'infermo, una lezione alla fine della quale egli dichiarava che doveva sottoporlo ad un genere di cura che doveva assolutamente guarirlo. In meno di un mese il paziente non ebbe più accessi epilettici, e fino ad oggi non se ne sono più manifestati. Si trattava dunque di una epilessia isterica, simulante completamente la sindrome dovuta ad una lesione organica. Questo fatto spiega come la trapanazione, agendo per suggestione abbia potuto guarire dei soggetti affetti da epilessia jacksoniana, nei quali l'atto operativo, non aveva mostrato alcuna lesione.

Movimento biologico universale

1. Vogl, generale medico, discute sulla odierna enorme « **diffusione delle malattie veneree e sifilitiche nell'armata e nel popolo in genere e fa alcune considerazioni sulla terapia della gonorrea** ». Egli afferma che fino a quando la terapia gonorroica non avrà un indirizzo specifico battericida, non si potrà dire di aver raggiunto l'ideale terapico, e bisogna contentarsi della cura puramente sintomatica (*Münchener medicinische Wochenschrift* n. 32, 8 agosto 1899).

2. Lobb a proposito della « **capacità uretrale e delle iniezioni antiblenorragiche** » prova

sperimentalmente che la capacità dell' uretra anteriore oscilla tanto nei blenorragici che negli individui con uretra normale, fra 6-20 ccm.: ciò è importantissimo a conoscersi per sapersi regolare nello eseguire le iniezioni uretrali a scopo terapico (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 31, 1° agosto 1899).

3. MOLTSCHANOFF, all' istituto batteriologico di Mosca, ha eseguito alcune ricerche sulla « **tossina gonococcica e la sua azione sul sistema nervoso** » Sembra assodato da tali esperienze che la tossina gonococcica produce determinate alterazioni sul sistema nervoso. Queste lesioni consistono nei casi di intossicazione acuta, in alterazioni delle cellule delle corna anteriori della midolla, in alterazioni leggiere delle cellule dei gangli intervertebrali e delle cellule della midolla allungata. Nelle intossicazioni croniche oltre a fatti di neurite degenerativa si possono avere anche delle estese degenerazioni (*Münchener medicinische wochenschrift*, n. 31. 1° agosto 1899).

4. A. DE YOANNA ha curato « **un caso di tetano con l'antitossina** ». Ha iniettato in 15 giorni 280 cmc. di antitossina di cui 60 il solo primo giorno. Questa quantità abbastanza rilevante di antitossina, fu ben tollerata e l' ammalato guarì. (*Medical Record*. n. 1499, 29 luglio 1899).

5. PITHA, porta un « **contributo alla etiologia, sintomatologia e terapia del tetano puerperale** », riferendone un caso. In quanto alla etiologia, essa è nota, però non sempre si hanno delle infezioni pure, ma spesso si tratta di infezioni miste. Lo stadio di incubazione può essere anche di 10 giorni. La terapia consiste nell'uso del siero antitetanico, disinfezione e anche cauterizzazione dei focolai di infezione, e sintomaticamente ipnotici e narcotici. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 31, 1 agosto 1899).

TERAPIA CHIRURGICA

LA CURA DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

Numerosi sono i processi escogitati per la cura delle varici degli arti inferiori. Galeno praticò la sezione e la legatura delle vene. Flajani e Home nei primi di questo secolo tentarono di nuovo la cura chirurgica. Tralasciando di accennare ai metodi palliativi (fasciature di tela o di lana, calze elastiche, apparecchi di Landerer e Beurmier) ricapitoleremo i varii mezzi di cura radicale. Questi possono esser riuniti in due gruppi a secondo che l' intervento si pratica sul tratto varicoso o sulla safena.

I primi atti operativi sulla safena per curare la varici furon fatti da Flajani e Home, ma la sepsi costrinse ad abbandonare i primi tentativi fatti in questo senso.

Nel 1890 il Trendelenburg rimise in onore, il processo, ottenendo dei successi in nove casi, egli isola la safena interna al terzo medio ed al terzo superiore e la taglia fra due legature; in secondo tempo, se è il caso, asporta le nodosità varicose. Il Pertes riporta per questo metodo una statistica di 63 casi con sole 9 recidive; non meno buone sono in questo senso le statistiche di Charrade, Fahsl, Bruns, Schelkly, Robin, Giordano.

Però questo processo non va esente di alcune mende; esso, secondo il Tillaux, è realmente utile in quei casi in cui non esistono varici profonde; Quénu, Schwartz, Ricord vorrebbero limitata questa operazione alle varici molto voluminose e dolenti; il Delbet dice che con essa si ha il vantaggio di mutare delle varici a grande tensione in varici a piccola tensione. Il Ledderhose, per ovviare alla persistenza dell' edema duro, associa alla legatura della safena delle incisioni longitudinali, multiple, interessanti pelle e cellulare sotto-cutaneo fino all'aponevrosi. Il Fairst più tardi modificò il processo del Trendelenburg legando semplicemente la safena interna al suo sbocco nella vena femorale, associandovi la legatura della safena esterna.

Lo Schwartz preferisce delle legature multiple, in genere tre o quattro, con escissione del tratto vasale interposto fra una legatura e l'altra. Von O' Coner, fatta la resezione della safena in corrispondenza dei tratti varicosi, lascia guarire la ferita per seconda. Il Mikulicz consiglia di asportare tutta la safena. Cotsos, Matlakowski, Riolacci, Boari, Casati, sono fautori di questa operazione.

D'importanza unicamente storica sono i metodi del setone (Frike) e quello dell'isolamento (Rigand), della riduzione (Petit), del salasso e l'operazione dell' Herapath. Come interventi sul tratto varicoso meritano considerazione le legature che si praticavano al di sopra delle varici (Gagnabé, Velpeau, Ricord, Walton, Home, Wise, Frur). Accanto all'allacciatura immediata fatta da questi autori, altri ne praticarono una mediata (Chamette, Geney, Lombard, Schede, Montaz, Phelps, Kendal Franks, Cerne). Altri chirurgi preferiscono la sezione vasale; ma, dati gli inconvenienti, questa operazione oggi non è che tentata dal solo Stoker. Il Béclard pensò di praticare la sezione tra due allacciature; altri preferisce la resezione (Avicena, Rima, Schede, Catteril, Marshall, Madelung, Starke, Schwartz, Lebrun, Boennecken l).

Accanto a questi metodi cruenti ve ne sono degli incruenti. Il più antico è quello delle iniezioni

coagulanti e dell'ignipuntura. Si è ricorso perciò al percloruro di ferro (Vallette, Desgranges Pètrèquin, Weinlchener, Patterson e Lovellin), al cloralio (Scalzi, Rottini, Scarenzio); all'acetato di ferro (Ruspini, Lussana); al liquido del Piazza (Durante); ad una soluzione di jodo e tannino (Delore e Mollière); all'acido fenico puro (Gowin, Stevenson). I metodi per le iniezioni sono varii e non scevri di pericoli. La cauterizzazione attuale è il metodo locale più antico (Celso, Dionisio, A. Pareo). Ottimi risultati ha dato l'ago-puntura (Rizzoli, Durante, Margarucci). Anco l'elettropuntura è efficace (Bertani, Palasciano, Mucci, Durante). Un altro metodo recentissimo è quello del Moreschi, pubblicato per esteso nella *Riforma Medica* del 1898.

Nonostante tanta ricchezza di metodi e processi tuttavia non esiste un metodo di cura veramente radicale delle varici. È da rigettarsi ogni intervento sulla safena come metodo di elezione, tutte le volte che le varici non siano così estese e dolorose da rendere inutile ogni altro atto operativo locale. A parità di condizioni è sempre da preferirsi la cura locale. Fra i mezzi locali si preferiscono quelli incruenti ai cruenti, perchè con i primi si ovvia ai pericoli della narcosi, agli inconvenienti delle estese cicatrici. Tra i mezzi incruenti sono da preferire l'elettro-puntura e l'ago-puntura. L'unico mezzo cruento veramente efficace è quello del Moreschi, che incide circolarmente l'arto a cm. 4 sopra l'ulcera, sino all'aponevrosi, allaccia tutte le vene: sutura; quindi a cm: 1 dalla base dei malleoli pratica una seconda incisione identica, ricerca le tibiali e le peroniere, che allaccia e reseca.

Queste sono le conclusioni a cui son pervenuti recentemente Nello Biagi e Jader Bruchi, della Clinica chirurgica del Prof. Durante.

Gli autori s'intrattengono quindi sul metodo del Durante, che consiste nell'immettere dei fili di catgut, imbevuti, di liquido del Piazza ed essiccati, lunghi cm. 8-10, entro al lume vasale. Così il coagulo, invece di formarsi tumultuariamente come avviene per le iniezioni, si ordina lungo il filo, e la occlusione stabile del vaso ha luogo nel minor tempo possibile. Il materiale operativo consiste in un rocchetto di catgut n. 0, che si tiene nel liquido del Piazza per 24 ore; di poi lo si distende su di una assicella in tratti lunghi cm. 15 e lo si fa asciugare lentamente in modo che la continuità e la resistenza del catgut non abbia a soffrirne; essiccato, il catgut rimane rigido e poco flessibile. Mediante uno stiletto speciale, cavo, con punta tagliata a scarpa, molto simile ad un ago-canula comune da siringa, che contiene nel suo lume il tratto di catgut, fatte, la mercè di un laccio, inturgidir le vene, s'introduce il catgut nella vena spingendolo con il mandrino; si occlude la ferita con collodion, si fa un bendaggio lievemente compressivo e si mantiene l'arto sollevato dal piano del letto. In tre casi questo metodo ha dato eccellenti risultati.

Biagi e Bruchi hanno studiato sperimentalmente il modo di produzione del trombo per immissione di catgut nelle vene. Il trombo si forma rapidamente, i varii elementi del sangue vi prendon parte, ma disordinatamente. Il primo nucleo si forma attorno al filo di catgut, quindi si accresce a zone concentriche, mentre nella 2ª giornata l'intima appare integra, ed il trombo non ha con essa altri rapporti che di contatto, nella 5ª essa è presa da endoflebite, limitata al tratto corrispondente del catgut, ma estendentesi eziandio lungo le collaterali ed i tratti sovra- e sottostanti, mentre il sangue lungh'esse si coagula parietalmente. È notevole che la reazione della media e dell'avventizia precede quella dell'intima. L'organizzazione si svolge come normalmente; è però importante, che, nonostante il trombo, la circolazione si compie attraverso un sistema di lacune, di canali scavati nel trombo istesso, tapezzati d'endotelio: una vera neoformazione di vasi.

Questi dati sperimentali rendono conto dei successi ottenuti in clinica, ed incitano a perseverare.

Il metodo, è poi raccomandabile per l'esiguità dell'intervento, per l'assenza quasi completa del dolore, per la facilità di applicazione.

BIBLIOGRAFIA

Biagi e Bruchi. *Supplemento al Policlinico*, n. 42, 19 Agosto 1899.—Trendelenburg. Ueber die Unterbindung der Vena saphena magna bei Unterschenkel-Varicen. *Beitr.* I. Clin. Chir., 1890. — Pertes. *Deut. medic. Woch.*, 1894.—Charrade. *Th. de Paris*, 1893. — Fahsl. *Centr. für die ges. Ther.*, 1895.—Robin. *Th. de Paris.*, 1896.—Ruini. *Riv. veneta di sc. med.*, 1898. — Tillaux. *Tribune mèdicale*, 1894. — Quènu. *Sem. médicale*, 1891. — Delbet. *Sem. méd.*, 1897.—Fairst. *Beitr. z. klin. Chir.*, B. XIV. — Von O' Coner. *New-York med. Journ.*, 1897.—Burci e D'Anna, *Policlinico*, 1896. — Schede *Berlin. klin. Woch.*, 1877. — Stoker. *Dubl. Journal.*, 1895. — Scarenzio. *Gazz. med. ital.* — Lovellini. *The Lancet*, 1884.— Rizzoli. *Mem. de chir. et d'obst.* Paris, 1877 .— Bertani. *Gazz. med. di Milano*, 1846. — Mucci. *Lo Sperimentale*, 1881.—Moreschi. *Riforma medica*, 1898.

FORMULARIO

***Englund.*—Cura locale dell'angina difterica**

Tricloruro di iodo.	gr:	5
Acqua distillata	»	500
Saccarina. . . . . :	»	0,50

Uso esterno. Per collutorii.

Indi:

Sozoiodolato di soda polverato .	»	5
Solfo sublimato.	»	15

Mischia. Uso esterno.

Per insufflazioni nel naso e nella gola dopo ogni gargarismo.

Inoltre si somministrano 4 volte al giorno, in un po' d'acqua da 15 a 41 gocce di tintura eterea di percloruro di ferro.

Leduc.—**Contro la laringite catarrale acuta**

Acido borico / Borato di soda	ana	gr.	4
Salolo / Mentolo	ana	»	0,12
Cloridrato di cocaina		»	0,08

Aspirarne 2-3 prese ogni 2 ore.

Oppure:

Acido fenico	gr.	1
Mentolo	»	0,40
Cloridrato di cocaina	»	0,10
Olio di mandorle dolci	»	40

Aspirarne un cucchiaino da caffè ogni 2-3 ore.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste in Portogallo

Si assicura che le precauzioni sanitarie decretate dal governo spagnuolo contro la peste di Portogallo siano state ispirate dalle vivissime rimostranze dei governi di Francia e d'Italia, preoccupati del pericolo immenso che sarebbe rappresentato dall' ingresso del morbo in Ispagna.

Il Consiglio sanitario, raccolto sotto la presidenza del sig. Dato, ministro dell' interno, ha deciso di sottomettere alla quarantena tutte le provenienze dal Portogallo; di stabilire cinque lazzaretti alla frontiera, e, fino a che questi lazzaretti non siano in ordine, di sospendere qualunque comunicazione fra la Spagna e il Portogallo, tanto di uomini che di mercanzie.

Il ministro della guerra ha dato degli ordini per facilitare il reclutamento del personale e del materiale necessario perchè il servizio dei lazzaretti sia assicurato in modo completo.

In tutti i porti del Portogallo che sono stati contaminati dalla peste, le navi vengono diligentemente visitate. Quelle che avranno a bordo dei casi sospetti saranno obbligate ad una quarantena.

I viaggiatori che passano oltre la frontiera portoghese per via di terra vengono esaminati da uno speciale ufficio medico spagnuolo; e se si riscontrano in essi dei sintomi sospetti, sono inviati in appositi lazzaretti.

La peste venne portata ad Oporto da una nave carica di riso, e proveniente dall'India, il 22 luglio scorso.

Finora vi furono 39 casi e 13 morti.

Oporto, 19 — La peste è ufficialmente dichiarata. Finora vi furono 39 casi e 13 decessi.

Madrid, 19 — I medici inviati ad Oporto telegrafano che la peste apparve il 22 luglio recatavi da una nave indiana carica di riso. Vi furono ad Oporto 46 casi. L'epidemia diminuisce,

Oporto, 20 — Si sono verificate tre nuovi casi benigni di peste.

Madrid, 20 — I medici spagnuoli, inviati ad Oporto, a studiarvi la peste, giudicano insufficienti le misure prese contro la peste ed i servizi sanitari stabiliti dal Portogallo.

Si dice che un caso di peste si sia verificato a Figueira ed un decesso a Barcellos. L' epidemia tenderebbe a svilupparsi.

Parecchi lazzaretti vennero impiantati alla frontiera spagnuola,

I viaggiatori provenienti dal Portogallo, affermano che vi fu un caso di peste a Lisbona.

Parigi, 20 — L' *Officiel* pubblica un decreto che autorizza l'Istituto Pasteur a preparare il siero contro la peste.

Una scena selvaggia contro i medici

I giornali egiziani raccontano un brutto fatto avvenuto ad Alessandria, che ricorda le orribili scene narrate con magistrale efficacia da Alessandro Manzoni nei Promessi sposi. Come allora si tratta di agitazione a proposito di un morbo micidiale, la peste. Ecco il fatto: Un ispettore sanitario del Municipio recatosi in una casa a chiedere se vi fosse un malato, ricevette per tutta risposta dal locatario della casa minaccie gravi e pericolose, che gli misero in corpo una paura tale che si diede a precipitosa fuga. Il locatario lo insegui, altri popolani si unirono a lui ed in breve il fuggente è rincorso alle calcagna da moltissime persone furiose, che hanno giurato, se lo arrivano, di massacrarlo.

Il povero diavolo arrivato tutto ansante in via Hammamil si precipitò entro una farmacia, ove sperava di essere in salvo; ma anche di là fu costretto a fuggire per una porticina della retrobottega che dà sulle scale di una casa contigua. Egli può dirsi finalmente in salvo, ma non così la farmacia che viene invasa dalla turba furibonda, la quale si mette a cercare per ogni angolo la sua vittima, causando naturalmente qualche danno al proprietario. Per fortuna questi è conosciuto ed amato nel quartiere e non mancano le persone ragionevoli che ne prendono le difese.

La folla urla minacciosa ed ingrossa sempre più nella via. Saran state duemila persone che fischiavano e gridavano: Abbasso i medici! Abbasso il Municipio! Non v' è peste!

Coll'intervento delle autorità, la calma non senza fatica, dopo qualche ora fu ristabilita.

Strano processo d'ossificazione?

Lo riproduciamo dal *Progresso Italo-Americano*: Da poco si trova all'ospedale di Fordam un ma-

lato che desta molto interesse nel mondo scientifico, perchè si va lentamente ma progressivamente ossificando. Questo processo di ossificazione, che va convertendo Aaron Palmer in una statua si è di già molto esteso. I piedi, le gambe, le cosce, i lombi del disgraziato sono già divenuti duri. bianchi, insensibili come marmo, anzi paiono addirittura marmo e si possono incidere con lo scalpello senza perdita di sangue e senza che l'ammalato soffra in alcun modo. Il processo andrà avanti finchè la vita dell'infelice sarà estinta. Palmer conosce la gravità del suo male e dal letto dove è disteso guarda stoicamente la morte che gli muove incontro. I medici lo sottopongono a cura di massaggio e di elettricità, gli somministrano biclorato d'oro di cui ogni dose costa un dollaro e mezzo e gli fanno dare solo cibi farinacei, che egli mangia e digerisce. L'intelligenza del malato si mantiene lucida e svegliata.

GAZZETTINO

LONDRA. *R. Collegio dei chirurgi.* —William Mac Cormac è stato eletto per la quarta volta presidente.

MOLOKAJ. *Colonia leprosa.*—A dimostrare sempre più l'azione del clima sullo sviluppo di alcune malattie, si potrebbe citare l'esempio dell'isola di Molokaj, in cui si può dire che la maggioranza degli abitanti sia affetta da lepra.

NEW-YORK. *Stabilimento per malattie d'orecchio.*—Nello stabilimento curativo tedesco per i malati di orecchio fondato in New-York da L. Moerck è stato recentemente trovato un nuovo mezzo per ridare l'udito ai sordi. Si tratta di un cornetto acustico analogo a quello di Nicholson, il quale consta di una bacchetta metallica circondata da una guaina, ad una estremità della quale sta una membranella di chautchou inserita fra due laminette, ed all'altra estremità si trova un'analoga membranella inserita fra una laminetta metallica ed il capo terminale della bacchetta. Un paio di questi cornetti consta 30-42 Mk. Il cornetto di L. Moerck costa 36 Mk.

NEW-YORK. *Ospedale dei tisici.* — Un ricco signore di New-York ha lasciato una gran parte della sua fortuna per costruire un ospedale per i tisici incurabili in memoria di sua figlia recentemente morta di tubercolosi pulmonare.

FLUSHING. *Febbre tifoide.* — Comincia ad infierire il tifo sviluppatosi in seguito ad inquinamento accidentale delle acque.

CUBA. *La Croce Rossa.*—Negli ultimi tre mesi la Croce Rossa ha fondato dodici asili per orfani collocando ben 1200 bambini nelle provincie di Havana, Matanzas e Santa Clara.

NEW-YORK. *Thè avvelenato.*—All'ospedale di Bellevue parecchi convalescenti bevettero del thè in cui era del fosforo. Furono tosto assaliti da sintomi abbastanza gravi, da cui furono tosto liberati per l'intervento dei medici.

ORANGE. *Scuola per le nutrici.* È aperto un corso della durata di due anni, in cui si istruiscono le nutrici per quanto riguarda il loro mestiere.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

J. Teissier. Notions de pathologie et indications therapeutiques gènèrales sur le maladies du foie. (Nozioni di patologia e indicazioni terapeutiche generali sulle malattie del fegato). Ed. Rueff. 108, Boulevard S. Germain. Paris, 1898.

J. Teissier. Retard apparent du pouls radial sur l'impulsion cardiaque. Meccanisme du choc de la pointe chez l'homme. (Ritardo apparente del polso radiale sul battito cardiaco. Meccanismo dell'itto della punta nell'uomo). Imprimerie Charles, Boehm, Montpellier, 1899.

J. Teissier et L. Guinard. Recherches expèrimentales sur les effets des toxines microbiennes et sur quelques influences capables de les modifier. (Ricerche sperimentali sugli effetti delle tossine microbiche e sopra alcune influenze capaci di modificarli). Estratto dell' *Arch. de médecine expèrimentale e d'Anatomie pathol.*, n. 6, novembre 1897.

J. Teissier et I. Roux. Essai de diagnostic diffèrentiel entre la syphilis arterielle, la syphilis mèningèe et la syphilis gommeuse de l'encèphale (Saggio di diagnosi differenziale tra la sifilide arteriosa, la sifilide meningea e la sifilide gommosa dell'encefalo). Estratto degli *Archives de Neurologie* n. 25, 26, 1898.

J. Teissier. Rapports de l'intestin et du foie en pathologie. (Rapporto tra l'intestino ed il fegato in patologia). I. B. Baillière 1895 et fils. rue Hautefeuille 19.

CONCORSI E CONDOTTE

Milano. Istituto politerapeutico (*Corso Venezia 27*). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Budrio (Bologna). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri. Stipendio annuo lire 200. Scadenza 30 agosto.

Macello. (Torino). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 1000 più 150 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Cutigliano. (Firenze). Medico-chirurgo condotto per le frazioni di Cutigliano, Pian degli Ontani, Piana Sinatico, Boscolungo Rivoreta e Melo (popolazione complessiva 3013 abitanti). Annuo assegno L. 2200 più L. 100 per la mansione di ufficiale sanitario. Scadenza 31 agosto.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Carbonchio ematico patogenesi, immunità e siero-terapia

Pollender, Brauel, Rayer e Davaine, scopersero il bacillo del carbonchio: il Davaine riprodusse la malattia negli animali; il Bollinger fece la diagnosi differenziale tra carbonchio ematico e sintomatico; Pasteur e Koch isolarono il bacillo, lo studiarono morfologicamente e riprodussero la malattia negli animali con l'inoculazione di colture pure.

Con gli innesti sottocutanei di queste gli animali muoiono presentando un edema sottocutaneo gelatinoso, più o meno ricco di bacilli, senza traccia di gas; la milza è grossa, molle, friabile, nerastra: il fegato, i reni, talvolta i centri nervosi sono congesti ed ecchimotici, i gangli, specie i mesenterici, sono tumefatti, molli; si notano spesso versamenti sierosi nelle cavità pleuriche, pericardiche, addominali; i polmoni sono sparsi di piccole emorragie, ecc., le carni sono pallide, come lessate; il sangue del cuore nerastro, piceo, vischioso, incompletamente coagulabile.

In genere si pensa che il bacillo carbonchioso, qualunque sia la via di penetrazione, entri nei vasi linfatici e vi si moltiplichi, giunga ai gangli prossimiori che s'infiltrano ed ingrossano. Dal sistema linfatico poi il bacillo passa in quello sanguigno, arrestandosi nei capillari, producendo rallentamento del circolo, ed, insieme ai leucociti, obliterazioni dei vasi ed emorragie. A spiegare la morte, non bastando all'uopo i fatti meccanici, l'ipotesi della morte per asfissia dei tessuti (Chaveau), si è pensato all'azione di un veleno.

Per quanto riguarda la ricerca del veleno del carbonchio, Nencki, Koch, Hoffa, Haukin, Maltzew, hanno ottenuto risultati negativi; mentre il Martin ricavò una proto-albumosa, una deutero-albumosa con tracce di peptoni, un alcaloide con piccola quantità di leucina e tirosina; l'Heim ed il Geyger ottennero due residui che uccidevano i sorci nella quantità di $^1/_2$ - 1 cmc; il Marmier ricavò un precipitato che produceva la morte da 24 ore a 19 giorni, inoculato alla dose di cgr. 20 per kgr. di animale.

Non si può dir nulla di preciso sui veleni del carbonchio contenuti nel bacillo, malgrado le ricerche di Klein e Marmier. Recentemente Hahn e Conradi hanno visto che nel bacillo carbonchioso non è contenuta alcuna sostanza velenosa.

D'altro canto il Martin dice di avere estratto dalla milza e dal luogo d'iniezione nell'organismo animale, tanto le albumose quanto l'alcaloide dell'edema, e questo anche dal sangue. Brieger e Fränkel ottennero dal fegato, milza, polmoni, reni, una sostanza biancastra, molto tossica, solubile nell'acqua, che reagiva come l'albumina. Però Balp e Carbone non ottennero, con l'istesso metodo, se non un corpo albumoso di poca tossicità, che nella dose di gr. 0,15 produsse la morte in un topo di 25 grammi. Il Landi isolò dal sangue e dagli organi di animali carbonchiosi un corpo albumoso con proprietà tossiche non molto forti. Il Conradi con metodi precisi è venuto alla conclusione che manca assolutamente la prova della presenza di una tossina dializzabile del carbonchio.

Recentemente il Casagrandi, dello Istituto d'Igiene di Roma, diretto dal Prof. Celli, ha potuto vedere con alquante serie di ricerche che i prodotti solubili in brodo ed in gelatina delle colture di carbonchio non esercitano alcuna azione tossica verso i conigli e le cavie; che nel corpo del bacillo del carbonchio non si trova alcun veleno specifico: che nel contenuto batterico del bacillo del carbonchio non si trova alcuna sostanza tossica specifica con la produzione della quale si possa spiegare lo svolgersi dell'infezione carbonchiosa; che nel liquido gelatinoso sotto-cutaneo non esiste alcuno di quei veleni che qualche osservatore avrebbe voluto trovare per mezzo di procedimenti chimici; che nel sangue di animali carbonchiosi non si trova alcun veleno: che nel succo degli organi di animali in preda all'infezione carbonchiosa non si trova alcuna sostanza tossica specifica.

Il Casagrandi spiega la patogenesi del carbonchio in questa maniera: ammesso che il bacillo del carbonchio, una volta penetrato nell'organismo, entri nelle vie linfatiche e poi nei capillari sanguigni, noi potremo spiegarci la patogenesi dell'edema, dei versamenti, delle emorragie, ammettendo che esso produca una sostanza coagulante nel sistema linfatico e nei capillari degli organi. Poichè egli potè vedere negli estratti acquosi della parte corpuscolare una azione coagulanle energica, differente da quella degli estratti provenienti da organi di animali sani e dell'estratto acquoso delle proteine del carbonchio.

I primi studii sull'immunità verso il carbonchio si debbono al Toussaint, che potè

immunizzare il montone ed i cani giovani con l'iniezione di sangue carbonchioso, tenuto a 55° per un'ora. Poi al sangue, così trattato, vennero da Pasteur, Roux, Chamberland, sostituite le colture attenuate del bacillo del carbonchio, e dallo Chaveau le colture in brodo, tenute a 42°-43° per 20 ore e a 47° per 1-3 ore. Wosnessensky, Chaveau, si servirono poi dell'ossigeno sotto pressione, ed in seguito si trovò che con mezzi chimici si potevano attenuare colture di carbonchio. I primi a servirsi di tali mezzi furono Roux e Chamberland, che usarono l'acido fenico, il bicromato di potassio, l'acido solforico al 2 0|0: il Roger si è servito del cloruro sodico: altri si è servito dell'acqua di mare, della pioctanina e del grasso (Manfredi), della luce solare (Arloing), dell'elettricità (Marschall Ward).

Poi Charrin e Guinard dimostrarono che i prodotti colturali del bacillo piocianeo diminuiscono la virulenza del bacillo del carbonchio; e ciò venne verificato anco per il bacillo putrido del Döhle. Si sono poi immunizzati gli animali mediante il colera dei polli, il carbonchio sintomatico, lo streptococco, il diplococco di Fränkel, il colera-vibrio, gli stafilococchi, il bacillo prodigioso, il pneumococco, ecc.

Il Centanni ed il Bruschettini hanno mostrato che il loro vaccino polivalente non solo arrestava ma curava l'infezione carbonchiosa dei conigli. Recentemente Emmerich e Löw hanno dimostrato che con quei tali prodotti che si trovano nelle colture, i quali si producono primitivamente, non provenendo dalla decomposizione dei prodotti tossici dei microrganismi medesimi, si potevano immunizzare gli animali non solo contro l'infezione prodotta dal microrganismo dal quale essi si ottenevano, ma anche contro l'infezione prodotta da altri microrganismi. Così, ad esempio, quelli del bacillo piocianeo permetterebbero d'immunizzare gli animali contro il carbonchio e contro la difterite.

Recentemente ancora si è cercato di ottenere quest'immunità servendosi o di colture attenuate del Pasteur, seguite dalla inoculazione di colture virulente (metodo Sclavo) o dei succhi degli organi di animali inoculati con il carbonchio medesimo ed in ispecial modo con l'edema sotto-cutaneo (Muzio).

Casagrandi e Bernabai hanno voluto vedere se fosse stato possibile ottenere una simile immunità stimolando la produzione della sostanza anti-coagulante che neutralizzasse l'azione della sostanza coagulante. Questi autori hanno cercato in primo luogo di ottenere l'immunità coll'inoculazione di colture attenuate con l'anaerobiosi in conigli iniettati preventivamente con soluzioni minerali, con l'inoculazione di prodotti solubili delle colture in gelatina ed in brodo: con l'inoculazione delle proteine: con l'inoculazione, infine, degli organi estratti con il metodo del Buchner, centrifugati e filtrati.

Dalla loro prima serie di ricerche risulta che i conigli, trattati precedentemente con soluzioni di nitrato di potassio, resistono alla iniezione di carbonchio attenuato con l'anaerobiosi più a lungo di quelli precedentemente non trattati con nitrato potassico, ed alcuni possono anche salvarsi; però l'immunità è labile in quanto che non resistono ad una seconda inoculazione di carbonchio anaerobico: resistono all'iniezione di carbonchio aerobico ma non però in guisa da salvarsi dalla morte: questa viene soltanto ritardata. I prodotti delle vecchie colture in gelatina possono salvare i conigli dall'infezione carbonchiosa: però l'immunità che essi conferiscono è labile, non resistendo gli animali od una seconda inoculazione. Hanno visto che i conigli non s'immunizzano per mezzo delle proteine del carbonchio.

In altre esperienze Casagrandi e Bernabai hanno visto che il liquido dell'edema sotto-cutaneo trattato con alcool non ha alcuna azione immunizzante, mentre quello passato attraverso lo Chamberland, e più ancora se filtrato alla carta e centrifugato, ha azione immunizzante; però quest'azione non si estende a tutti gli animali. L'immunità che si conferisce è poi relativa, poichè alla 2ª inoculazione, ripetuta 8 giorni dopo la prima, gli animali muoiono. Gli stessi risultati hanno ottenuto con l'infiltrato locale ottenuto con la spremitura del tessuto sotto-cutaneo mediante la pressa del Buchner.

Il sangue di animali morti per carbonchio (coniglio, capretto), trattato nella stessa guisa dell'edema sottocutaneo è stato inoculato ai conigli; quest'inoculati con carbonchio virulento, dopo 3-5 giorni morivano.

Sottoponendo il fegato, i reni, i muscoli alla pressa del Buchner, inoculando il succo centrifugato di tali organi, non si ottenne alcun risultato positivo: gli animali inoculati di carbonchio morivano tutti: solo con il succo epatico si allontanava la data della morte.

Hanno visto ancora che tre conigli inoculati prima con cmc. 10 di filtrato di coltura in gelatina e poi con cmc. 5 dell'estratto acquoso della parte corpuscolare ricavata ad alta pressione dagli organi, si salvavano da una prima infezione, ed uno di essi da una seconda: gli altri due in ogni caso morirono più tardi dei controlli; cioè tra il 7°-9° giorno. Tre conigli inoculati con cmc. 5 di edema sottocutaneo filtrato allo Chamberland e poi con cmc. 10 dell'estratto acquoso, superavano tre iniezioni di coltura di carbonchio di 48 ore, ripetute di otto in otto giorni.

Alla quarta due morirono dopo tre giorni dall'inoculazione, il terzo dopo sei. Tutto ciò faceva pensare se talvolta, opportunatamente dosando la sostanza coagulante, si possa forse riuscire a stimolare la formazione di sostanza anticoagulante nell'organismo ed a rendere

immuni gli animali dall'infezione carbonchiosa. Le esperienze sono in corso, e sembra conducano a risultati positivi.

Per tutto ciò poteva *a priori* dedursi che con l'inoculazione di colture di carbonchio attenuate non si favorisce certamente l'attiva produzione di sostanza coagulante, o, almeno, la produzione della stessa sarà così lieve da non servire che a determinare un'immunità debole; cosicchè il siero di animali vaccinati con colture attenuate non può essere che in debole grado immunizzante.

D'altro canto gli esperimenti dimostrano che gli animali inoculati con colture virulente, preparati a riceverle con la vaccinazione pasteuriana, possono fornire dei sieri aventi proprietà immunizzanti, ma però l'immunità che conferiscono tali sieri è limitata (Sclavo).

Se si vuole ottenere un'immunità assoluta e sieri realmente immunizzanti non si può ricorrere nè all'inoculazione di colture attenuate o virulente, nè a sieri ottenuti con questi metodi. Bisogna vedere se, inoculando nell'organismo degli animali, la sostanza coagulante e stimolando così la produzione di sostanza anticoagulante, che neutralizzi l'azione dell'istessa sostanza coagulante, si potrà ottenere un siero attivo. Ora Casagrandi e Bernabai hanno sinora visto che due pecore così trattate hanno resistito ad inoculazioni di grandi quantità di colture di carbonchio inoculato sotto la pelle, e che il siero di una (cmc. 1 per animale) ha salvato tre conigli dall'infezione di cmc. 2 di coltura di carbonchio virulento (cmc. 0,50 uccidono una cavia di gr. 2,35). Queste ricerche saranno continuate dal Casagrandi.

BIBLIOGRAFIA

Davaine. *Compt. rendus* 1863. — Bollinger. *Compt. rendus*, 1863. — Pasteur. *Compt. rendus* 1887. — Koch. *Cohn's Beiträge*, 1876. — Mitth. a. d. Kais Ges. 1887. — U. Milzbrandimpfung. Berlin., 1882. — Nencki. *Ber. d. deut. Chem. Ges.*, 1884. — Hoffa. Die Natur des Milzbrandgiftes, Wiesbaden, 1886. — Haukin. *Brit. med. Journ.* 1889. — Martin. *Ann. Rep. of the loc. Gov. Board*, London 1889-90-91.—Geyger. Lehrbuch der Bakt., Stuttgart, 1894.—Marmier. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895. — Klein. *Centr. f. Bakt.*, 1894. — Hahn. *Münch. med. Wochens.*, 1897.—Conradi. *Zeitsch. für Hyg.* 1899.— Brieger u. Fränkel. *Berlin. klin. Woch.*, 1890. — Balp e Carbone. *Giorn. R. Acc. med.* di Torino, 1891. — Landi. *Riv. gen. ital. clin. med.*, 1891.—Toussaint. *Comp. rend.* 1880.— Chamberland. *Com. ren.* 1881. — Chaveau. *Com. ren.* 1883.—Wosnessensky. *Comp. ren.* 1884. Roger. *Centr. f. Bakt.*, 1893. — Manfredi. *Baumgarten's Jahresbericht*, 1887.— Arloing. *Arch. de phys.* 1886.—Marschall Ward. *Centr. für Bakt.* 1893. — Guinard. *Comp. ren.* 1889.— Döhle. *Centr. f. Bakt.* 1897. — Centanni e Bruschettini. *Rif. Medica*, 1895. — Emmerich e Löw. *Zeitsch. f. Hyg.* 1899. — Muzio. *Rif. Medica*, 1898. — Casagrandi e Bernabai. *Annali d'igiene sperimentale*, vol. IX, fascicolo II, 1899.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE ITALIANE

Clinica medica generale della R. Università di Catania diretta dal prof. TOMASELLI

ASCESSO DEL FEGATO APERTOSI PER LA VIA INTESTINALE

L'anamnesi di questo infermo è completamente negativa, giacchè lui riferisce che sino alla presente malattia non ha accusato alcun disturbo degno di nota. Fu nei giorni dello scorso carnevale che dietro errori dietetici venne a lamentare dei disturbi egestivi, quali diarrea con emissione di feci miste a muco e sangue, peso all'ano e tenesmo. Contemporaneamente avea febbre modica ed irregolare senza carattere alcuno. Continuò così nei giorni successivi ed il 2 aprile, sebbene i disturbi cennati erano alquanto diminuiti di intensità, si accorse che il suo ipocondrio destro era alquanto tumefatto e dolente. La febbre che sino allora era irregolare divenne intermittente cominciava con brivido nelle ore di sera e cessava la dimani con profuso sudore. Dopo parecchi giorni essa venne a scomparire, rimanendo sempre persistenti i disturbi intestinali, il dolore all'ipocondrio e la tumefazione precedentemente notata, la quale andò sempre gradatamente crescendo. Per tali fatti il giorno 10 aprile entrò in Clinica.

Venuto alla nostra osservazione i disturbi di cui lamentavasi erano il dolore allo ipocondrio destro che veniva ad irradiarsi alla spalla omonima, i disturbi egestivi, che sebbene molto diminuiti, pure persistevano ancora, e la tumefazione sotto l'arco costale di destra. Il giorno 16 aprile mentre le condizioni del tubo gastro-enterico si erano rimesse quasi del tutto, l'infermo fu preso da abbondante diarrea di feci miste a grande quantità di pus e poco sanguinolenti. Durò questa diarrea per 4 giorni ad intervalli, in seguito la quantità di pus ed il numero delle evacuazioni sono andati diminuendo; oggi si ha da una a due scariche nelle 24 ore e nelle feci si possono rinvenire tracce di pus.

Dall'esame fisico niente rilevasi per la cavità toracica; per l'addome si nota una tumefazione che occupa l'ipocondrio destro e che arriva a tre dita trasverse al disopra dell'ombellico. Con la palpazione si nota che la superficie del tumore è liscia, un pò pastosa, molto dolente e che segue perfettamente i movimenti respiratori. Con la percussione si ha

risonanza timpanica in tutto l'ambito addominale. La milza è nei suoi limiti normali, il fegato mentre presentasi normale nel bordo superiore, inferiormente la sua ottusità si continua con quella della tumefazione notata.

Dall'esame dell' urina come fatto rilevante si ha che l'urea è molto scarsa (7,686 $^{o}/_{oo}$).

Praticato anche l' esame delle feci, si può notare che esse si presentano di colorito giallo-scuro, di consistenza pastose, filamentose, con qualche fiocco mucoso ed alcaline. All' esame microscopico invece abbondantissimi corpuscoli di muco e di pus, numerosi cristalli di triplo fosfato d'ammonio, rari cristalli di acidi grassi e bollicine di grasso e molti detriti alimentari ed epiteliali. Dal lato batteriologico furono rinvenuti l'*amoeba coli* e degli stafilococchi.

Dietro quanto risulta dall'anamnesi e dallo esame fisico, la diagnosi si può fare per via diretta.

Tenuto presente l'insorgere rapido della tumefazione da noi osservata e per l' emissione abbondante di pus avuta durante la degenza in clinica, il Prof. Tomaselli mette in campo o un echinococco suppurato o un ascesso. Si esclude l'echinococco per non avere riscontrato uncini nelle feci. Ma tenendo presente che il paziente soffrì poco tempo prima un processo ulcerativo dell'intestino, considerando i caratteri locali: il dolore all'ipocondrio destro, irradiantesi alla spalla, l'aumento di volume del fegato, la febbre intermittente epatica che per parecchio tempo afflisse l'infermo, la diminuizione dell'urea riscontrata allo esame dell'urina (diminuizione che si riscontra quasi costantemente nell' epatite suppurata e dipendente dalla più o meno distruzione del parenchima), per tutti questi caratteri non può ammettersi che l'ascesso del fegato.

L' epatite suppurata nelle nostre regioni è una malattia molto frequente, mentre è rara nel continente e nei paesi del Nord. Nella lunga serie dei casi osservati la clinica ci ha dimostrato che le cause più frequenti della epatite suppurata presso di noi sono i processi infettivi dell'intestino e la malaria.

Dei processi infettivi quello che dà il maggior contingente è la dissenteria e lo Zangarol, sopra 12 iniezioni di cocchi dissenterici, ha potuto per 6 volte produrre l'ascesso epatico e contemporaneamente un processo dissenterico negli intestini.

Il prof. Tomaselli in un epidemia di dissenteria grave, dominante in Catania nel 1879, potè osservare negli infermi dissenterici lo sviluppo di ascessi epatici.

Riguardo alla malaria egli la ritiene come condizione efficacissima nella determinazione dell' epatite suppurata e nei non pochi casi osservati in clinica, la malaria è stata il più evidente fattore. Or quantunque si sconosca l'intimo meccanismo come essa possa agire, tuttavia è saputo da tutti come la malaria determini un'iperemia del fegato e quindi renda quest'organo più vulnerabile all'attecchire dei microrganismi patogeni.

In questo caso quale è stata la causa?

È stato detto come nei giorni di carnevale l'infermo soffrì dei disturbi digestivi: diarrea con emissione di feci miste a muco e sangue, peso dell'ano, tenesmo e febbre modica, caratteri i quali tutti parlano per un processo dissenterico dello intestino. Dunque è alla dissenteria che si deve legare l'insorgere di questo ascesso.

Ma quale è stato l'elemento parassitario determinante? Non essendosi estratto del pus a mezzo di una qualsiasi aspirazione di saggio, non si è potuto praticare un vero esame batteriologico di esso. Solo nell' esame delle feci si sono rinvenuti come elementi parassitari stafilococchi e l' *amoeba coli*. Si può però ad essi dare un valore assoluto, oppure si deve ritenere la provenienza non dal fegato, ma dal tubo intestinale? Precedentemente abbiamo detto come il Prof. Tomaselli legava il caso in istudio alla dissenteria pregressa sofferta dal paziente ed altre volte aveva fatto notare come relativamente al valore patogeno da dare all'*amoeba coli*, nella etiologia della dissenteria e dello ascesso epatico, non si è detto ancora oggi l'ultima parola. Ed infatti l'essere stata trovata da Koch e Kartulis nella dissenteria e nel pus degli ascessi epatici dei paesi caldi consecutivi a dissenteria, non si deve legare ad un valore patogeno assoluto dell'*amoeba*, giacchè essa molte altre volte è stata trovata nell'intestino in altri processi accompagnati da diarrea, mentre non si è trovata nei casi di dissenteria epidemica, dove si sono riscontrati altri microorganismi. Riandando alle osservazioni batteriologiche fatte in clinica in molti casi di ascessi epatici, il Tomaselli cita parecchi esempi dove, pur avendo riscontrate amebe nelle feci, nel pus degli ascessi le osservazioni più scrupolose non le fecero rinvenire. A questo

si può aggiungere il fatto di essere stata molte volte riscontrata la presenza di amebe nello intestino di persone sane, cosichè all'*amoeba* egli assegnava un valore molto secondario riguardo all'etiologia dell'epatite suppurata del nostro paziente. Ciò premesso non resta che prendere in esame i cocchi rinvenuti. E' noto come in generale il processo patologico della suppurazione, quale si verifica in condizioni naturali, è sempre accompagnato da microrganismi che ne sono la causa e dei quali i più comuni sono i piogeni. A questa categoria si aggrega lo stafilococco rinvenuto, il quale da parecchi è stato accertato nel pus del fegato. In clinica se ne potè constatare un caso tre anni or sono, dove l'esame del pus estratto fece constatare la presenza dello *stafilococcus piogenes aureus*.

Il Prof. Tomaselli ritiene pertanto che nel caso in istudio, lo stafilococco rinvenuto nelle feci è stato con ogni probabilità l'agente che ha determinato il processo morboso ed elaborato lo sviluppo, piogeno che a sua volta era stato la causadella dissenteria precedente sofferta dall'infermo.

Vi è ancora da chiarire un altro punto importante in questo caso, cioè la febbre. Dicemmo a questo proposito nell'esposizione dei fatti come essa, nei primi giorni in cui l'infermo cominciò a notare che il suo ipocondrio destro andava tumefacendosi, mantenne un andamento intermittente e che dopo pochi giorni scomparve. Ora come avviene mai che un ascesso così vasto decorra senza febbre? Questa si ha nei primi giorni in cui si determina il processo infiammatorio, ma una volta che l'ascesso si costituisce e viene circondato da una spessa membrana piogena, non avviene più assorbimento di pus e quindi viene a mancare la febbre. Ciò è stato osservato non solo dal Prof. Tomaselli nei molti casi occorsigli, ma anche da altri clinici, ed il Ciaramelli potè provare questo asserto al tavolo anatomico in un individuo che presentava un vasto ascesso del fegato.

Il Tomaselli vienein ultimo a parlare degli esiti dell'ascesso. Essopuò svuotarsi per diverse vie: e si fa strada all'esterno, o si svuota nel duodeno, nello stomaco, nel peritoneo, nel cavo pleurale e poi per il polmone può svuotarsi per la via dei bronchi. Nel caso in istudio si è detto come l'infermo da che trovasi in clinica ha avuto per 4 giorni diarrea ostinata con emissione di feci miste a grande quantità di pus. Niente di più facile quindi che lo ascesso per aderenze col colon, con cui trovasi anatomicamente in rapporto, si sia svuotato in esso e di conseguenza si è avuto la emissione del pus per il retto. Essendo questo esito uno dei più innocenti, può farsi la prognosi favorevole.

Per la cura una volta che l'ascesso si è aperto bisogna aspettare; fare l'antisepsi intestinale con clisteri. Internamente si somministrerà il fenolo cominciando da 2 gocce sino a 10-12 al giorno in un'acqua aromatica, e sorvegliando la tolleranza. Se le condizioni del tubo gastro-enterico lo permettono si darà un pò di china la mattina. Dieta prevalentemente lattea.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA MEDICA DI INSBRUCK
Prof. v. Rokitansky

Insufficienza della mitrale e stenosi dell'ostio venoso sinistro

Una donna di 30 anni, ammalata da circa 6 mesi, presenta quella che Corvisart diceva *facies propria* dei cardiaci. La quantita giornaliera dell'urina è diminuita; l'urina è bruno-scura e presenta un abbondante sedimento laterizio, è molto acida, il suo peso specifico è 1024 e contiene albumina. L'inferma sta seduta nel letto, l'addome è tumido e presenta il senso della fluttuazione, l'avambraccio e la mano sinistra su cui l'inferma poggia sono edematosi, in minor grado l'arto superiore destro, gli arti inferiori sono fortemente edematosi. Il colorito del volto é cianotico con tendenza al giallo. Tutto ciò dimostra una stasi notevole nel circolo venoso.

Un'altra donna di 45 anni, ammalata pure da alcuni mesi secondo lei, notò al principio della malattia tumefazioni delle mani, dei piedi e dell'addome. Attualmente essa presenta un enorme idrope generalizzato. Il volto è cianotico con una tinta leggermente gialla; le congiuntive hanno un colorito subitterico.

L'esame fisico del cuore fece rilevare nella 1ª inferma ectopia del cuore in basso ed in fuori, ma non molto rilevante. Non esisteva bozza precordiale. Alla punta si palpava un fremito. L'ascoltazione faceva rilevare sul focolaio della punta un rumore presistolico forte, aspro, che si continuava con un rumore breve sistolico che finiva con un tono sistolico ottuso. Nella 2ª inferma si osservarono gli stessi fatti, senonchè alla punta si sentiva un rumore forte, aspro, sistolico, che dopo alcuni

gioni si trasformò in un rumore di soffio debole. In entrambi i casi era accentuato il 2° tono sulla pulmonare. Questo segno insieme al rumore sistolico alla punta sono caratteristici della insufficienza mitralica. Inoltre nel 1° caso non havvi alcun dubbio che la insufficienza sia accompagnata da stenosi dell'ostio corrispondente; nel 2° caso questa concomitanza non è evidente. In teoria è caratteristico della stenosi mitralica un rumore diastolico che ha il massimo di intensità alla punta. Ma questa osservazione è rara; per lo più il rumore della stenosi è presistolico, perchè l'orecchietta sinistra non ha tanta forza da spingere il sangue con violenza nel ventricolo sottostante, ed il rumore si percepisce solo nella presistole, quando avviene una contrazione più o meno energica dell'orecchietta.

Un altro sintoma che le due donne presentavano era l'aritmia, molto frequente nell' insufficienza e stenosi mitralica. La spiegazione di questo fenomeno, che del resto può presentarsi anche in individui sani, non è facile. Si è detto che esso dipenda da un'alterazione dei gangli cardiaci. Ma dalle ricerche di His e di Romberg si rileva che i gangli hanno funzione sensitiva non motrice, e poi il cuore degli uccelli e dei mammiferi compie già contrazioni ritmiche prima ancora che sia provvisto di nervi e di gangli. Forse i gangli cardiaci hanno influenza solo per via riflessa sulla motilità del cuore, e dalle ricerche di Krehl e di altri si rileva che esiste un rapporto tra le regolarità della funzione cardiaca ed i processi infiammatorii dell'endocardio e del miocardio.

Fino a quando il cuore lavora bene, ossia fino a quando il miocardio resta relativamente sano, non si hanno caratteristiche alterazioni del polso. Gli altri sintomi esistenti sono da riferirsi al disordine circolatorio causato dal vizio cardiaco. Uno dei primi sintomi che richiama l' attenzione sul cuore è l'edema degli arti inferiori a cui si associa la diminuzione della quantità giornaliera di urina. L'edema può diventare universale; si fanno versamenti in tutte le cavità e stasi in tutti gli organi. L'urina in queste condizioni contiene sempre albumina. Il fegato all'autopsia presenta i caratteri del fegato noce moscata. Nei polmoni si hanno fatti di catarro bronchiale e di indurimento bruno. Sopratutto negli ammalati di insufficienza e stenosi mitralica si trovano nell' espettorato forme cellulari ripiene di pigmento giallo più o meno scuro, prodotto di trasformazione della sostanza colorante dei globuli rossi. La presenza di queste cellule da vizio cardiaco nello sputo dei cardiaci è segno sicuro di indurimento bruno.

Spesso nei cardiaci si osserva emottisi, dovuta talvolta a aumento della pressione del sangue nei polmoni, ma per lo più a processi embolici. I quali possono aver luogo anche in altri punti dell'organismo, come nell'occhio, nel cervello, negli arti ecc. Quando c' è la possibilità di un circolo collaterale tutti i fenomeni prodotti dall'embolo scompaiono.

Qui merita di essere cennata una circostanza. Si ammetteva tempo addietro che vizio cardiaco, tifo addominale, cancro e tubercolosi pulmonare si escludessero a vicenda. Per il tifo l'esperienza ha dimostrato chè ciò non è vero. Il cancro è certamente molto raro nei cardiaci, ma la ragione deve piuttosto essere ricercata nel fatto che i cardiaci sogliono morire giovani. Riguardo alla tubercolosi si può dire che, contrariamente all'opinione generale di prima, i vizi delle valvole pulmonari e la stenosi dell'ostio polmonare predispongono in modo speciale alla tubercolosi dei polmoni, e nei vizi dell'aorta la tubercolosi non è rara. Invece essa é eccezionale nell'insufficienza e nella stenosi mitralica. Probabilmente l'immunità dei polmoni in questi casi è dovuta all'iperemia da stasi, idea appoggiata dall'influenza favorevole del metodo di cura di Bier nella tubercolosi ossea ed articolare.

La prognosi in entrambi i casi sopra riferiti è assolutamente infausta. Anche se si riesce a far scomparire la idrope ed aumentare la diuresi, si tratterà sempre di risultati passeggeri che differiranno, ma non elimineranno l'esito letale. Nel singolo caso poi la prognosi dipende dalla specie del vizio cardiaco. Ad. es. nella insufficienza aortica la prognosi è relativamente buona, la migliore che in ogni altra di cuore. Massimamente sfavorevole è la prognosi dei vizi della polmonare, perchè d'ordinario si complicano a tubercolosi polmonare. Nondimeno alcuni autori, come v. Jürgensen, dicono relativamente favorevole la prognosi della insufficienza della polmonare, perchè il ventricolo destro può divenire fortemente ipertrofico. Molto infausta è poi la prognosi dei vizi combinati di cuore. Infine poi, come in tutte le malattie la prognosi è in rapporto con la posizione sociale degli infermi. Sono anche da tenersi in conto per la prognosi alcuni sintomi, la dispnea senza causa occasionale, il cardiopalmo, l'irregolarità del polso, la debolezza dei toni o dei rumori cardiaci, la debolezza dell'urto della punta, la diminuzione della quantità di urina, gli edemi ed infine il fenomeno di Cheyne-Stokes.

Per la diagnosi dei vizi cardiaci in generale bisogna tener conto di tutto il quadro clinico, non di singoli sintomi, perchè rumori sistolici alla punta o sulla pulmonare possono esistere senza alcun vizio valvolare (anemici, clorotici, febbricitanti). Nel caso concreto quando é preceduto il reumatismo articolare e poi si è manifestato cardiopalmo dispnea ecc. ed all' esame obiettivo si trova ingrandimento del cuore e rumori, si tratta certamente di vizio cardiaco. La terapia dei vizii cardiaci quantunque non sia in grado di portare a guarigione il vizio stesso, è capace di eliminare

molti disordini causati dalla malattia od almeno di mitigare molti dei sintomi e prolungare così la vita dell' ammalato. In un vizio di cuore si possono distinguere tre stadi iniziali, lo stadio di compenso e lo stadio terminale. Ciascuno di essi ha indicazioni terapeutiche speciali.

Non parlando dello stadio iniziale la cui cura coincide con quella dell' endocardite, e passando allo stadio di compenso ci troviamo qui dinanzi ad individui spesso di forte costituzione e di buona nutrizione i quali in generale hanno pochi disturbi e solo quando fanno qualche rapido movimento, quando corrono o salgono una scala, hanno cardiopalmo e dispnea. Che fare in questi casi?

Poichè in tali condizioni si riscontra sempre ipertrofia di una o più sezioni del cuore, la quale costituisce il mezzo di cui la natura si serve per mettere l'organo in condizioni di superare le resistenze prodotte dal vizio, così in questo stadio noi dobbiamo intervenire con tutti quei provvedimenti che aumentano la forza muscolare del cuore in genere. L'alimentazione dev' esser corroborante e sufficiente, senza essere eccitante, si eviteranno tutti quei cibi che sono capaci di disordinare la funzione digerente, quelli che sviluppano molti gas e gonfiano gli intestini, giacchè in questo caso viene ostacolato l'abbassamento del diaframma e quindi la inspirazione. È noto che la circolazione del sangue risente l'influenza della respirazione, e che l'inspirazione favorisce la circolazione del sangue venoso ed ostacola il corso della corrente arteriosa, mentre la espirazione facilita il vuotamento sistolico del cuore e non favorisce l'afflusso del sangue dalle vene cave al cuore.

Gli alimenti di lusso, ossia gli alcoolici, il caffè, il the, il cacao, la cioccolatte, il fumo del tabacco in generale debbono essere vietati ai cardiaci, allo scopo di non eccitare soverchiamente l'attività del cuore ipertrofico. Nondimeno spesso la sottrazione brusca di uno di questi alimenti ad un ammalato che vi era abituato da molti anni può avere azione sfavorevole. Ad ogni modo però non debbono permettersi mai grandi quantità di alcoolici forti o che eccitano rapidamente (Champagne).

E nei casi in cui si permette un po' di the, caffè o cacao, bisogna evitare che la bevanda sia calda perchè il cuore ne verrebbe molto più eccitato. Ma le bibite migliori per i cardiaci sono l'acqua buona e fresca, mischiata all'occorrenza con qualche succo di frutta, ed il latte. Nondimeno non sono da consigliare le grandi quantità di liquido, sia perchè disturbano la digestione, sia perchè aumentano la massa del sangue e rendono perciò più difficile il lavoro del cuore. Si deve poi proibire sempre ai cardiaci il tabacco, essendo noto che la nicotina per se stessa può produrre disordini cardiaci, cardiopalmo, aritmia ecc.

È un buon precetto quello di far muovere i cardiaci, senza però farli stancare nè riscaldare. Debbonsi però sempre proibire le passeggiate in montagna ed anche le lunghe passeggiate in piano, il correre, il ballare, il saltare, anche quando questi sforzi sieno sopportati. Il processo curativo di Oertel non si conviene ai malati nello stadio di compenso. Lo scopo del metodo di Oertel è quello di ottenere una ipertrofia compensativa del miocardio: ora quando questa già esiste e il cuore possiede la sufficiente energia, la cura di Oertel non solo non è necessaria, ma può dar luogo a sforzo e distensione del miocardio e quindi a rottura del compenso.

Anche le emozioni debbono essere evitate, perchè esse hanno grande influenza sull'attività cardiaca.

I bagni fino a poco tempo addietro erano proibiti ai cardiaci come pericolosi. Certo i bagni molto freddi fanno male, perchè hanno per effetto la contrazione dei vasi periferici e quindi un aumento delle resistenze. Ma le frizioni fredde fatte cautamente ed anche i bagni a 26-27° C possono esser fatti senza pericolo. I bagni a vapore debbono proibirsi per la cattiva influenza che le alte temperature hanno sul cuore.

Riguardo alle cure climatiche, d' estate è indicato il soggiorno in campagna, perchè agisce favorevolmente sulla nutrizione generale. Devesi scegliere una località non troppo elevata, a causa della bassa pressione atmosferica, nè troppo calda e deve essere protetta dagli sbalzi di temperatura. Durante l'inverno deve preferirsi il clima uniforme del sud.

Il cardiopalmo richiede talvolta una cura sintomatica. Può applicarsi la vescica di ghiaccio o l'apparecchio refrigerante di Leiter sulla regione precordiale; giova molto l'applicazione del tubo di Chapman ripieno di ghiaccio sulla colonna vertebrale. Se ciò non basta si somministrerà la soluzione polibromurata. L'aritmia, la piccolezza e la frequenza del polso si combatteranno con la tintura di strofanto. Gli oppiacei e le iniezioni sottocutanee di morfina sono indicate solo quando esiste forte senso di angoscia e grande nervosismo.

Nell'ultimo stadio del vizio cardiaco le indicazioni sono diverse e fondate sullo speciale stato del cuore, sul modo come esso funziona e sui fenomeni generali consecutivi al disturbato compenso. In questi casi l'indicazione principale è di combattere la debolezza di cuore, diminuire le resistenze e ristabilire l'ordinario rapporto di tensione tra il sistema arterioso ed il venoso. Nel singolo caso bisogna aver riguardo alla causa che ha rotto il compenso. La bronchite diffusa sarà curata opportunamente: un versamento pleurico richiede in queste condizioni di essere subito aspirato. Se si tratta di individui denutriti anemici, si somministrerà in primo luogo una buona alimentazione e poi anche i preparati di ferro. Nella debolezza

cardiaca che si manifesta come la fase ultima e necessaria del vizio cardiaco, la digitale è il rimedio sovrano. Se non si ha alcun effetto dell'infuso di foglie alla dose di 1 gr. dopo alcuni giorni di pausa, si prescriverà un'altra volta alla dose di 1,5-2,0 gr. ovvero si ricorrerà agli altri cardiotonici, allo strofanto, alla sparteina, all'*adonis vernalis* od alla *convallaria majàlis*. Hanno anche importanza nello stadio di scompenso dei vizii cardiaci i diuretici, la caffeina, la teobromina, il calomelano, la scilla, il lattosio. Dalle iniezioni ipodermiche di stricnina nei casi di distensione del miocardio Rokitansky non ha ottenuto speciali vantaggi. Molto bene agisce talvolta il tartaro boraxato insieme all' ossimiele scillitico ana 15 gr. in 200 gr. di acqua.

Recentemente sono stati raccomandati da Schote nei vizii cardiaci i bagni minerali di acque carboniche e la ginnastica. Entrambi sono metodi energici ed il loro effetto dipende dal modo di usarne. Si comincerà con bagni diluiti privi di gas, alla temperatura di 27° per 5-10 minuti, e poi si faranno più concentrati, più freddi, più prolungati. Riguardo alla ginnastica i movimenti debbono eseguirsi lentamente ed energicamente, in modo che l'infermo non diventi dispnoico. Un altro metodo di cura di cui già si è tenuto parola è quello di Oertel. Esso tien conto di due fattori: della limitazione dei liquidi insieme ad aumento della traspirazione; esercizio metodico del cuore mediante il passeggio per parecchie ore al giorno, ed il prudente salire in montagna. v. Bamberger e Rokitansky che hanno esperimentato il metodo curativo di Oertel, hanno conchiuso che la limitazione dei liquidi nei cardiaci in stato di scompenso non ha alcuno scopo, tanto più che in questo stadio havvi un condensamento del sangue tanto maggiore, quanto più abbondanti sono i versamenti sierosi. In quanto alla ginnastica cardiaca essa può essere giovevole negli stati di semplice debolezza di cuore consecutivi a gravi malattie, nell'incipiente degenerazione grassa ecc., ma non nei vizii cardiaci scompensati, per la ragione addotta da v. Bamberger, che cioè lo scompenso è appunto dovuto al fatto che il cuore ha oltrepassato il limite ordinario della sua attività. Infine deve tenersi parola del massaggio del cuore proposto da Oertel. Consiste nell' espirare in due tempi, rinforzando il secondo tempo. La pratica può essere resa più energica premendo con le mani la costa toracica durante l' espirazione, a livello della 5ª-6ª costa nelle linee ascellari. Ciò per 5-15 minuti 3 volte al giorno. In realtà questo procedimento influisce favorevolmente sulla pressione arteriosa sanguigna, e la dispnea, la stasi nei vari organi ecc. migliorano. Il massaggio del cuore è contraindicato nelle affezioni cardiache recenti e nell'arteriosclerosi.

Riguardo alla cura sintomatica dell'insufficienza cardiaca, contro gli accessi stenocardici ed asmatici si prescriveranno il nitrito d' amile, la nitroglicerina, il nitrito di sodio, il joduro di potassio insieme coll'idrato di cloralio e poi gli eccitanti del cuore. Contro l'insonnio si darà il sulfonale od il trionale. Per diminuire i versamenti sierosi, non giovando più negli ultimi stadii nè i diuretici nè i purganti, sarà opportuno ricorrere al vuotamento meccanico con l'apparecchio di Southey. Anche questo è un metodo palliativo, nondimeno è da raccomandarsi perchè agisce favorevolmente sullo stato generale ed è esente di pericoli. (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, n. 25-33, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall' 8 al 12 agosto 1899

III

Pestalozza. **Rapporti dell' operazione cesarea con la sinfisiotomia, colla craniectomia e col parto prematuro artificiale.** — Le differenti risorse di cui l' ostetrico dispone per supplire al difetto delle forze naturali debbono essere passate successivamente in rivista:

Parto prematuro. — Il parto prematuro provocato occupa un posto legittimo tra le operazioni ostetriche che possono essere indicate quando si è dinanzi ad una pelvi ristretta. Per la donna non è una operazione pericolosa, purchè sia fatta seguendo scrupolosamente le regole dell'antisepsi; il neonato invece è esposto a numerosi pericoli sia prossimi che remoti. Il parto prematuro non potendo essere provocato che dopo la 2ª quindicina dell' ottavo mese, é limitato ai bacini la cui C. V. non è inferiore ai 75 millimetri, se si tratta di bacini appiattiti e agli 80 mm. se si tratta di bacini generalmente ristretti. La tecnica di questa operazione ostetrica oggi può dirsi migliorata, grazie ai dilatatori metallici (Charpetin e Tarnier), e alla posizione di Walcher che è indicata nel periodo espulsivo. Si abbia la più grande cura di non far rompere prematuratamente la borsa delle acque. Data la semplicità della tecnica e la perfetta innocuità del parto prematuro provocato, merita certamente di conservare una applicazione più estesa nella clientela privata. Lo scoglio più pericoloso da evitarsi è rappresentato dalla provocazione in una epoca troppo lontana dal termine. La esperienza dimostra che gli errori per anticipo son molto più frequenti e più pericolosi per il feto, di quelli che si possono avere provocando il parto tardivamente.

Sinfisiotomia.—La sinfisiotomia ha acquistato definitivamente un posto fra le operazioni ostetriche. Essa

però ha dei limiti di applicazione precisi. Quando la C. V. oscilla tra 70-80 millimetri la sinfisiotomia può trovare la sua applicazione razionale. Al disopra di 80 (tra 80 e 85 mm.) e al di sotto di 70, perchè si abbia l'indicazione relativa vi è di bisogno di speciali condizioni (insufficienza del forcipe, difetto di plasticità della testa fetale, piccolezza della medesima etc.) I recenti progressi dell'ostetricia operatoria ci costringono a rigettare assolutamente l'associazione metodica della sinfisiotomia col parto prematuro, come anche quella della sinfisiotomia con l'embriotomia. È sempre prudente di limitare la sinfisiotomia alle multipare, sia perchè sappiamo in queste i risultati dei parti precedenti, sia per il minor pericolo, che hanno le multipare di una lacerazione delle parti molli (uno degli scogli della sinfisiotomia). La sinfisiotomia certamente si farà a feto vivente e sano, essa è una operazione che l'ostetrico difficilmente si accingerà a fare nella clientela privata, sia per i pericoli immediati che successivi.

Operazione cesarea. — I bacini ristretti con una coniugata vera al disotto di 70 mm. non possono esser liberati dal prodotto del concepimento che coll'operazione cesarea o coll'embriotomia. Al disopra di 70 non si parlerà più di una indicazione assoluta del parto cesareo, ma di una indicazione relativa. Però dati i pericoli a cui certamente è esposta la madre che si sottopone a tale operazione, dinanzi ad un bacino con C. V. tra 60-70 mm. in clinica si parlerà d'indicazione assoluta del parto cesareo, ma nella clientela privata potrà lasciare il posto alla embriotomia. Al disotto di 60 mm. la embriotomia presenta dei pericoli che possono eguagliare e sorpassare quelli dell'operazione cesarea, la quale rientra per questo nei suoi dritti e resta la sola unica risorsa se la C. V. discende al disotto di 50 mm. La scelta tra l'operazione cesarea conservatrice e l'operazione di Porro, in tesi generale si risolve in favore della prima, a meno che non esista una indicazione particolare per ricorrere alla amputazione dell'utero. Tra le più recenti modificazioni alla tecnica del taglio cesareo merita sopratutto menzione la seguente: cioè l'incisione sul fondo dell'utero, sia trasversale che longitudinale (Fritsch-Caruso).

Embriotomia.—Se la coniugata vera non va al di sotto dei 70 mm. l'ostetrico suole fare qualche prudente manovra di estrazione, che non è coronata da successo, ma che mette l'operatore al coperto di ogni responsabilità e pone il feto in condizione di sofferenza che giustifica l'intervento embriotomico. Ma se la C. V. è al disotto dei 70 l'ostetrico o propone l'operazione cesarea o è costretto a praticare l'embriotomia su feto vivo. Se la donna essendo sana, il feto soffre o è morto, nessun altra operazione è indicata tranne l'embriotomia. Egualmente se la donna è inferma (febbre-albuminuria, urine sanguinolente, edemi estesi, eclampsia etc.) per necessità si dovrà ricorrere ai processi embriotomici.

Barnes, correlatore, viene alle seguenti conclusioni: 1° La sinfisiotomia non ha ragion d'essere, e secondo l'oratore, gli eminenti ostetrici che ne hanno fatto l'elogio, l'abbandoneranno in avvenire. 2° Il parto prematuro artificiale avrà in certi limiti, un posto serio ed utile tra le operazioni ostetriche. 3° Si è forzati, dopo uno studio attento delle ultime pubblicazioni sull'operazione cesarea, di convenire che essa è una operazione scientifica e giustificata, e che in avvenire, grazie ai progressi della scienza ostetrica, avrà una più estesa applicazione.

***Reynier*. Trattamento chirurgico dei fibromi.** —Dice che non si può posare il principio assoluto che ogni fibroma deve essere operato. Poi, a secondo i casi, sceglierà la via addominale o la via vaginale; quest'ultima per quanto esponga meno dell'altra ai pericoli di una infezione, non è preferibile alla laparotomia, che è indicata assolutamente per i grossi fibromi.

Baldy afferma che l'isterectomia è l'operazione di scelta nei casi di fibromi uterini, la miomectomia è indicata solamente quando esistono delle condizioni speciali: età dell'ammalata, desiderio d'avere dei figli, etc. In tutti i casi l'isterectomia addominale è la preferita.

Delagenière fa notare che può essere indicata nei casi di fibromi piccoli, interstiziali, etc. la legatura delle arterie uterine per via vaginale.

Gordon pensa che l'isterectomia è il miglior metodo di cura dei fibromi specie quando si hanno fibromi che provocano dolori o emorragie; egli preferisce l'isterectomia alla miomectomia, che ritiene operazione pericolosa.

La vera chirurgia conservatrice è quella che conserva la salute e non quella che conserva organi inutili.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli « *Annali d'igiene sperimentale* » diretti da A. Celli, Vol. IX fasc. II, 1899.

1. Casagrandi. **Sull' azione patogena dei blastomiceti.** I blastomiceti costituiscono un insieme di forme appartenenti al gruppo degli ascomiceti dei quali alcuni spiegano verso gli animali un'azione patogena che può essere flogogena e marantica. Nello svolgersi di quest' azione influiscono la specie, l'età, le condizioni di predisposizione dell' animale, il sito d' inoculazione, alcuni caratteri peculiari morfologici dei blastomiceti.

L'azione flogogena non si può nettamente separare dall'azione marantica, ed è dovuta ad un complesso di sostanze forse analoghe alle proteine; l'a-

zione marantica si può in parte separare dalla precedente ed è dovuta a sostanze solubili, almeno in parte, nei solventi dei grassi. Sembra giustificata altresì l' osservazione che nel corpo dei blastomiceti si trovino sostanze predisponenti, che non si possono disgiungere dalle proteiniche, e delle sostanze che conferiscono un' immunità relativa agli animali.

2. Gino de' Rossi. **L'umidità delle case nuove.** — I varii metodi empirici proposti per determinare il prosciugamento delle nuove costruzioni, nonchè i metodi fondati sulla determinazione dello stato igrometrico dell'aria degli ambienti, non forniscono risultati attendibili e serii. Il metodo del Glàssgen é esatto e pratico per stabilire il giudizio di abitabilità. Nelle nostre regioni la malta delle case vecchie non contiene più dell' 1,50 0[0 di acqua libera. Potrà quindi dirsi abitabile una nuova quando numerosi saggi di malta, prelevati dai muri esterni ed interni di diverse orientazioni ed ai diversi piani, non dimostrano un contenuto di acqua evaporabile a 100°-110° maggiore di 1, 50 %. Nelle mura con basso contenuto di acqua libera, l' acqua d' idratazione rappresenta in genere una frazione assai piccola e trascurabile dal punto di vista igienico.

La concessione del permesso d' abitabilità delle case nuove deve dipendere dalla costatazione sperimentale con il metodo di Glàssgen.

3. Jacoangeli e Bonanni. **Il grado di assimilabilità del pane.** — Gli alimenti vegetali debbono essere considerati per l' albumina assimilabile che essi forniscono e per le calorie a cui danno sviluppo. Il pane *antispire* sta al disotto della polenta e delle paste, ed anche di tutti i pani ordinarii e casalini.

4. Spolverini. **La sieroterapia nella polmonite.** — Ha fatto delle ricerche sperimentali e cliniche con il siero Pane, con il siero normale e con il siero umano preso da polmonitici convalescenti della malattia. Il siero Pane è innocuo, ma non esercita alcuna azione sul processo morboso. Il siero dei convalescenti è innocuo. Però oggi non è da parlare di sieroterapia della pulmonite.

5. Casagrandi. **Sulla patogenesi del carbonchio ematico.** — V. pag. 589.

6. Casagrandi e Bernabai. **Sull' immunità verso il carbonchio ematico.** — V. pag. 589.

7. Cimmino. **Un nuovo bacillo cromogeno.** — Nell'acqua del Serino ha isolato un bacillo che colorava intensamente in giallo quasi tutti gli ordinarii terreni di coltura, inducendo anche in alcuni un discreto grado di fluorescenza. Ha un discreto potere tossico.

FORMULARIO

Frederick C. Coley. — **Cura della nevralgia dentaria**

Prendere, in una tazza d' infuso di camomilla calda, XV gocce di tintura di belladonna dopo aver preso una carta di:

Salicilato di sodio . . . . gr. 1

Trattamento dell'odontologia per carie dentaria

Dauchez consiglia:

1° Irrigazioni calde a 40°-50° nel vestibolo della bocca mediante una corrente continua (irrigatore, sifone di Weber) ed in mancanza di questi apparecchi, bagni in bocca con la decozione seguente, tre volte al giorno:

Decotto di papavero }
Decotto di malva } . ana gr. 250
Aggiungere:
Glicerina . . . . » 40
Acqua di lauro ceraso . . . . » 10

2° Nell'intervallo delle irrigazioni praticare una frizione energica sulla gengiva corrispondente al dente malato con un tampone di cotone idrofilo impregnato della miscela seguente:

Tintura di iodo fresca }
Tintura di aconito } . ana gr. 4
Guaiacolo sintetico cristallizzato . » 2
Uso esterno.

3°. Introdurre nella cavità dentaria, previamente pulita con cotone secco, una piccola pallottola di ovatta imbevuta con:

Cloridrato di cocaina . . . . gr. 0,10
Mentolo }
Acido fenico } . . . . ana » 1
Essenza di garofani . . . . . goccie 5
Alcool canforato . . . . . . gr. 8

NOTIZIE E VARIETA

La missione della donna

Nella prolusione al suo corso d'igiene infantile e scolastica nella scuola magistrale per educatrici d'Asilo di Milano il dott. Raimondo Guaita così delinea la missione moderna della donna: La missione della donna, e come sposa e come madre e come educatrice, venne sempre svisata, dirò meglio snaturata, perchè si è partiti sempre, e ancora oggidì si parte dal concetto falso di ritenere la donna appartenente ad un sesso speciale « al sesso debole »... Io reputo ciò, lasciatemelo dire, la illazione logica di una delle tante menzogne convenzionali della società. Assai diverso e ben più alto concetto io tengo della donna, considerata nei suoi triplici aspetti e nelle delicate sue mansioni nella famiglia, nella scuola e nella società. Ma perchè la donna possa assaporare le gioie infinite e bearsi nelle meritate soddisfazioni, ed anche dirò pure, inorgoglire col santo e nobile entusiasmo dell' eroina per l' opera da essa compiuta, dev'essere colta ed istruita, deve possedere le nozioni indispensabili pel buon governo della famiglia, per l' allevamento della prole, per l' e-

ducazione dei figli. Senza di che essa sarà sempre schiava dell'uomo, trastullo della società, dissolvente del focolaio domestico, dissolutrice degli istituti di educazione infantile. Vittor Hugo ben disse che il vero termometro della civiltà di una nazione è fornito dal modo con cui questa educa, istruisce la gioventù. Ora, per educare la gioventù, bisogna conoscere tutta l'importanza della psicologia infantile, pernio su cui si appoggia una solida educazione familiare e sociale. E la psicologia infantile è assai poco nota ai maestri, agli educatori del bambino, pochissimo alle madri. É facile procreare figliuoli, ma i doveri che ne scaturiscono sono molti, delicati, gravissimi e ricchi di tante particolarità, piccine in apparenza, ma importanti in realtà. che esigono uno studio coscienzioso. quotidiano, illuminato, onde non avvenga, troppo tardi, di esclamare: « non abbiamo conosciuto nostro figlio ». Il dovere sociale, epperò primo fra tutti il dovere degli educatori e delle educatrici, deve estrinsecarsi in modo da aversi giovani e ragazze robuste fisicamente e psichicamente non già nell'esercitare il mestiere di fabbricatori di rachitici, di fannulloni, di delinquenti.

Ed ecco come io vorrei la donna emancipata: emancipata, cioè, dalla ignoranza in cui è lasciata per quanto concerne l'allevamento e l'educazione del bambino; emancipata dai pregiudizi, dalle false credenze che, sul governo dei fanciulli ancora su larga scala vigono; emancipata dalla idea ancora molto radicata essere essa inferiore all'uomo e, come tale, impotente ad assurgere, colle proprie forze, e col proprio volere, ad acquistarsi il posto eminente che nella casa e nella scuola a lei compete. Ma chi mai meglio di una sposa sa circondare la vita domestica di quella poesia, di quel delicato profumo che più sopportabile fa il peso, bene spesso tanto grave ed increscioso, dell'esistenza ? ! ...

Qual migliore e legittimo orgoglio di una madre, la quale nel dare in isposa la figlia, possa dire. « Eccovi una donna, non una bambina » ? ! Non è codesta la vera. « sublimazione » di colei che per deplorevole *routine*, si persiste a ritenere un essere inferiore all'uomo? Ecco il perchè io vado, da anni parecchi, insistendo e facendo voti a che venga istituito, per legge, un corso obbligatorio d'igiene infantile e scolastica presso tutte le scuole magistrali superiori, maschili e femminili del Regno, là dove, cioè, vi è il vero e proprio semenzaio delle future mammine e dei futuri papà, e che tale insegnamento venga impartito da persona competente, che non può essere altri che un medico, ed un medico che abbia dato, o dia affidamento di una estesa e seria coltura in materia. L'igiene infantile e scolastica, lo studio della psicologia infantile, devono essere note ai docenti non altrimenti che le lezioni di pedagogia, senza questo corredo di nozioni non si avranno né ottimi docenti, nè bravi scolari. Emancipatevi, dunque, signorine cortesi, dai pregiudizi, che circondano, fitti fitti, il neonato ed il bambino, coll'istruirvi, tanto da voi stesse, quanto per bocca nostra, nell'igiene e nell'educazione dell'infanzia, non dimenticando che :

Le donne son venute in evidenza.
In ciascun'arte ove han posto cura.

E coll'emancipazione così ottenuta avrete l'istruzione, avrete la coltura, per cui mezzo sarete per davvero poste all'insigne altezza del nobile e santo magistero a cui natura, giustamente prescegliendovi, vi ha chiamate.

La peste nel Portogallo

Il nostro ministero degli esteri ha raccomandato alle autorità consolari di informare sollecitamente il governo di ogni caso di malattia sospetta, essendosi verificato che per la peste scoppiata al Portogallo si frappose qualche ritardo nel segnalarla.

Un rapporto del nostro console ad Oporto dice che le condizioni sanitarie di quella città sono molto gravi.

Il numero dei casi di peste è molto maggiore di quello che si annunzia ufficialmente.

Londra, 21. — Le voci dello scoppio della peste bubbonica nel Marocco, sono infondate.

La salute pubblica a Tangeri e negli altri porti del Marocco è perfetta.

Madrid 21. Un dispaccio da Lisbona reca che il Comitato sanitario ha votato l'isolamento della città di Oporto, mediante un cordone sanitario.

Telegrafano da Oporto che la popolazione eccitatissima si ostina a negare l'esistenza della peste attribuendone la notizia ad un complotto di affaristi e di agitatori politici.

Si adottarono severe precauzioni temendosi disordini. Si conferma che il governo occultava la peste da venti giorni.

Messina, 20 — I governatori di Oporto e Lisbona richiesero al nostro Istituto di igiene del vaccino contro la peste, preparato dal professore Terni col metodo Haffkine.

Ieri si spedì il siero per 10000 vaccinazioni. Partiranno per Lisbona i dottori Stagnitta e Bandi addetti al laboratorio.

GAZZETTINO

NAPOLI.—*Il Consiglio provinciale sanitario.* — Il Consiglio provinciale di Sanità sotto la presidenza del consigliere delegato cav. Cataldi e con l'intervento dei componenti comm. prof. A. Cardarelli, comm. prof. L. Bianchi, comm. prof. E. De Renzi, comm. prof. Oglialoro Todaro, commendatore ing. L. Amante, commendatore ing. L. Schioppa, cav. ing. Mayer, marchese Perez Navarrete, cav, De Prisco procuratore del Re.

cav, Sacchi medico provinciale e cav. Baldassare, diede parere favorevole all'impianto dei serbatoi di petrolio nei magazzini generali di Portici; riservò, per il progetto di irrigazione lungo il litorale di Cuma, ogni suo provvedimento per quando sarà presentato un progetto dettagliato; approvò la nomina dell'ufficiale sanitario di Boscotrecase, e approvò l'elenco generale dei contributi alla Cassa pensioni per i medici condotti; diede parere contrario alla concessione di un cimitero privato chiesto dall'arciconfraternita di S. Monica in Sorrento.

NAPOLI. *Per l'Esposizione nazionale d'igiene.*— Fu ricevuta dal Prefetto comm. Cavasola la presidenza del Comitato per l'Esposizione nazionale di igiene.

Il Prefetto in un lungo e cordiale colloquio avuto coi componenti la presidenza, assicurò tutti del suo appoggio e anche di quello del Governo, il quale non potrà certo restare inoperoso, quando si tratta del bene di una grande città come Napoli.

Ma oltre all'appoggio suo e del Governo sarà indispensabile per la buona riuscita della nobile idea l'appoggio più largo e concorde dei commercianti napoletani, che dovrebbero seriamente badare ad attirare a Napoli il più gran numero di forestieri che sarà possibile.

Questo disse il comm. Cavasola, e le sue giuste parole e le sue promesse serviranno certo d'incitamento e di sprone al Comitato, che già lavora con tanto zelo.

NAPOLI. *Croce Rossa.*—Il giorno 24 corrente, alle ore 17,10, partì da Napoli l'Ospedale di guerra n. 20 della Croce Rossa Italiana (Sotto Comitato regionale di Napoli), per prender parte alle manovre di campagna del Corpo d'armata. Il primo impianto dell'Ospedale avviene in Sparanise, per disposizione del Comando del corpo d'armata. L'ospedale farà il servizio per le truppe della Divisione Bogliolo.

Il personale tecnico-amministrativo della unità ospedaliera in mobilitazione è il seguente:

Prof. comm. Gaetano Jappelli, direttore (capitano) dott. cav. Giov. Battista Vignola e prof. Gaetano Bernabeo; medici assistenti di 1ª classe (tenenti) Giovanni Della Monica farmacista (tenente) cav. Edmondo Sommer, commissario amministrativo di 2ª classe (tenente), Roberto Siniscalco, contabile di 2ª classe (sotto-tenente).

Più il personale di assistenza (bassa forza) è composto di 25 uomini fra graduati, infermieri, inservienti, trombettieri, ecc.

Seguono l'ospedale, quali aggregati, i signori dottori: Agostino Galdieri, Enrico Giordano, Adolfo Montuori, ed il commissario sig. Ettore Carafa, anche questi appartenenti al sottocomitato regionale di Napoli della Croce Rossa Italiana.

GENOVA. *L'Istituto dei Rachitici.* — Nell'Istituto dei rachitici, alle cui sorti presiede l'avv. Gerolamo Buonguadagno, si sono anche in quest'anno, sotto la direzione del prof. Sacchi, compiute molte e difficili operazioni, seguite tutte da esito felicissimo. Così può dirsi che oltre a 40 bambini furono sanati delle loro infermità e potranno fra non molto essere ridonati alle loro famiglie e alla società, non più come esseri inutili e so erenti, ma come forze vive ridonate alle lotte e ai trionfi del lavoro.

Ci si riferisce che anche maggiori risultati potranno ottenersi appena che, col valido aiuto della cittadinanza, si saranno raccolti i fondi necessarii per ampliare e completare la sala chirurgica e la sala ginnastica.

Intanto una utile innovazione si è introdotta fin d'ora con la decisione presa dalla benemerita presidenza dell'Istituto di mandare un buon numero dei bambini, operati in questo primo semestre, a completare la loro guarigione in una casa di campagna all'uopo adattata nei pressi di Apparizione.

Il nostro augurio perchè la benemerità istituzione prosperi sempre e non le venga meno mai dagli uomini di cuore l'aiuto.

MILANO. *Colonie climatiche.*—Sono arrivati i 100 bambini della prima colonia partiti il 17 luglio.

Lunedì 21, alle 7, partirono dalla stazione centrale, diretta a Berzonno (lago d'Orta), la seconda colonia composta di cento fanciulle gracili e povere delle scuole elementari comunali, accompagnate dai medici della istituzione.

FIRENZE. *Ambulatorio medico-chirurgico.*—L'ambulatorio medico-chirurgico di oltr' Arno, fondato l'anno scorso con le oblazioni d'ogni classe della cittadinanza, pubblicava in questi giorni il primo resoconto statistico, da cui risulta che le consultazioni, le medicature e le assistenze di pronto soccorso furono in totale 51,289 e 6484 le persone che ne usufruirono.

NOVARA. *Contro la tubercolosi.* — I consiglieri dottor Giacomo Peroni e Vittorio Fornara hanno presentato al Consiglio provinciale un ordine del giorno da discutersi nella prossima tornata, proponendo alla Deputazione provinciale e per essa al Consiglio che venga aumentato di L. 300 annue il sussidio provinciale ai Comizi agrari, affinchè ciascuno di essi nella rispettiva zona di competenza abbia a distribuire gratuitamente la tubercolina ai sindaci, ai medici veterinari, alle associazioni cooperative contro i danni del bestiame, che ne facciano loro domanda.

PALLANZA. *Echi del Congresso medico.*—I medici che quì convennero a congresso raggiunsero il numero di cinquanta.

Prima di partire esternarono i loro ringraziamenti al sindaco per le festose accoglienze ricevute.

CHIARAVALLE. *La medaglia ad una suora.* — Una festa tanto modesta, ma molto sensazionale ebbe luogo il giorno 20.

La Congregazione di carità decretò una medaglia in onore della suora Maria Rossotto, che compieva ieri 50 anni della sua vestizione e 40 di servizio all'Ospedale di questa città.

Il cav. Suardi disse che la medaglia significava omaggio alla virtù della suora, e premio all'opera pietosa e premurosa prestata.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11,13,14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE MALATTIE DEL PANCREAS

Tra tutte le cause delle malattie del pancreas, l'infezione occupa il primo posto. All'infuori dell'azione primitiva dei patogeni, questi sono ancora in causa a titolo di infezione secondaria, in parecchie affezioni del pancreas. Nei traumi, per esempio, che sono una causa di emorragie, i microbi intervengono secondariamente, producendo dei focolai d'infezione suppurativa o no. In conseguenza di traumi, sperimentalmente ed in clinica il Körte ha rinvenuto dei focolai di necrosi, risultanti, secondo lui, da un'infezione secondaria; essi possono essere ancora il risultato dell'azione delle secrezioni pancreatiche (Carnot, Katz, Winkler ecc.). Nella litiasi pancreatica l'infezione può essere invocata con gli stessi argomenti della litiasi biliare. Infine, se la malattia è dovuta alle tossine microbiche, essa è ancora di origine infettiva. All'infuori delle infezioni sperimentali la batteriologia delle pancreatiti è stata stabilita da molti autori (Degny, Dieckhoff, Simon, Douglas Stanley, Page, Körte, Etienne, Fitz). Il Klippel ed il Lefas hanno riscontrato delle lesioni infettive del pancreas nella tifoide, nella tubercolosi miliare acuta, nella pulmonite infettiva, nella dissenteria, nella tubercolosi sub-acuta e cronica. Le diverse alterazioni variabili secondo l'acuzie e la cronicità della malattia, il modo di reazione, la degenerazione o la sclerosi, riunite da un legame comune, l'infezione, sono state riunite sotto la denominazione di pancreas infettivo (Klippel e Lefas). La tubercolosi può rappresentare le principali forme di pancreas infettivo; altre infezioni producono degli ascessi, gangrene, emorragie.

Per quel che concerne le pancreatiti suppurate e gli ascessi, il Körte ha ammesso che l'infezione può essere d'indole metastatica. o più frequentemente dipendere da flogosi intestinale o biliare per il tramite del dotto di Wirsung. Etienne e Page vi hanno aggiunto la suppurazione propagata per continuità. Queste stesse vie possono essere ammesse per quel che concerne il pancreas infettivo nel corso delle infezioni. Così, per tutte le costatazioni fatte, risulta che l'infezione pancreatica, considerata in genere, può farsi per la via sanguigna, in maniera ascendente, seguendo i condotti escretori, per la via linfatica, per contiguità.

Non è raro di riscontrare nel pancreas delle lesioni del sistema arterioso, caratterizzate dall'ateromasia delle arterie intra-pancreatiche di un certo volume. Queste lesioni possono accompagnare le manifestazioni cardio-aortiche dell'arterio-sclerosi. Però il termine di pancreas cardiaco dev'essere riservato ai casi in cui l'asistolia agisce sola sul parenchima pancreatico, creandovi, come nel polmone e nel rene dei disturbi nella circolazione venosa. In questi casi coincide il fegato cardiaco: ed è per l'intermediario della stasi epatica, che si fa risentire fino nel sistema portale, che può stabilirsi la stasi venosa pancreatica. Così la stasi pancreatica dell'asistolia è tardiva, poichè è consecutiva non solo a quella del fegato ma a quella portale.

Nelle cirrosi epatiche il pancreas può essere colpito (Klippel e Lefas) dalla cirrosi atrofica con sclerosi del pancreas; questa sclerosi può essere maggiore anco di quella epatica. E' indubitato, anco per le osservazioni di Cramer e Morian, che le malattie epatiche, da sole, possano far risentire la loro azione sul pancreas; questi casi potrebbero significarsi sotto il titolo di pancreas epatico. D'altro canto le lesioni pancreatiche possono farsi risentire sul fegato. Questi fatti dimostrano i legami stretti che uniscono la patologia del fegato e del pancreas, e la spiegazione di essi sta nelle analogie fisiologiche delle due ghiandole, nella comunanza di relazioni vascolari, nei rapporti e connessioni del coledoco e del dotto di Wirsung, nell'apertura nell'istesso punto di questi due canali, nell'abboccamento nella stessa ansa intestinale, cioè nello stesso ambiente microbico.

Considerato nelle sue relazioni con le malattie del rene, il pancreas può esser leso per l'azione simultanea della stessa causa morbosa o a titolo di conseguenza della nefrite (Lefas).

E' evidente, sebbene non ci siano dei segni certi su cui si possa appoggiare la veduta teorica, che le malattie gastriche, la dispepsia, possano colpire il pancreas, e reciprocamente. Le malattie nervose, le nevrosi, specie la neurastenia che s'accompagna quasi sempre con disturbi gastrici, possono e debbono portare frequentemente il loro contraccolpo sul pancreas.

I sintomi, che si possono rilevare nelle malattie del pancreas, possono riunirsi in cinque gruppi:

1° *disturbi digestivi* (azotorrea, steatorrea, polifagia, polidipsia, dispepsia, gastralgia, enteralgia, peritonismo, scialorrea, vomito, costipazione, diarrea, melena); 2° *segni locali* (tumore, compressione degli organi vicini, compressione del coledoco e quindi itterizia, dolore provocato); 3° *sintomi urinarii* (glucosuria, azoturia, lipuria. acetonuria, acido ossibutirrico, assenza d'indicanuria, poliuria); 4° *sintomi generali* (febbre, pigmentazione, leucocitosi, dimagramento, cachessia. morte brusca); 5° *sintomi sperimentali* (glucosuria provocata, i due processi del Sahli).

E malgrado ciò, la diagnosi è spesso così dìfficile durante vita! Ciò proviene da che i sintomi presenti non hanno per sè un valore differenziale sufficiente, sia perchè essi si confondono e si perdono tra mezzo ai disturbi degli altri organi, specie nelle infezioni acute, dove il disturbo della funzione pancreatica ha per risultato l'aumento dell'auto-intossicazione febbrile.

Il Deguy ha riunito in un solo gruppo i sintomi delle diverse varietà di pancreatiti. Secondo il Page si debbono tra queste considerare le forme acute, sub-acute, croniche. Per Etienne e Deguy si hanno dei sintomi ghiandolari, infettivi e di vicinanza. Nel 1° gruppo sono da considerare: la glucosuria, la poliuria, la polifagia, la steatorrea, il dimagramento rapido; nel 2° la febbre, la rapidità del polso, l'albuminuria, la faccia contratta, ecc.; nel 3° le nausee, i vomiti, il singhiozzo, la diarrea, il timpanismo, l'idrope, i dolori, la pigmentazione. Secondo il Deguy questi ultimi sintomi si osservano il più di frequente; gli altri sarebbero incostanti.

Così, in clinica, nello stato delle nostre conoscenze attuali, la sintomatologia delle pancreatiti è assai oscura. Si è visto che il segno di Sahli è considerato oggi come sprovvisto di un certo valore.

Di tutti i sintomi delle affezioni del pancreas, la glucosuria è uno di quelli che è stato più spesso ricercato e studiato (Polyakoff, Nicolas, Lichteim, Minnich). Questa glucosuria si modifica a seconda le variazioni del regime (Orlandini); però il Wille dice che anco la glucosuria non ha un significato assoluto. Sperimentalmente il Pugliatti ha visto che l'ablazione totale del pancreas può non esser seguita dal diabete pancreatico.

Il sangue, nelle malattie del pancreas, presenta, secondo Katz e Winkler una doppia alterazione: una tendenza spiccatissima alla coagulazione e l'aumento del numero dei leucociti. Questi autori pensano che nella degenerazione del pancreas compaia della nucleina nel sangue; ed essa, si sa produce, un iperleucocitosi manifesta (Horbaczewski).

L'Edwards nella pancreatite acuta ha osservato l'assenza d'indicano.

Or quando si pensa alla grande importanza delle funzioni del pancreas nell'economia, si è sorpresi di vedere così spesso una lesione grave del pancreas non essere accompagnata da un insieme di segni che attiri subito l'attenzione su esso. La funzione del pancreas può essere dissociata in tre elementi corrispondenti ai tre fermenti: il fermento peptonificante, il fermento saponificante, il fermento saccarificante; il pancreas così possiede le funzioni di molti organi; soltanto queste funzioni, esso non le possiede da solo, ma le divide con gli altri organi. Queste considerazioni fanno pensare che il pancreas non sia assolutamente indispensabile, e che esso ha un ufficio di supplenze multiple. L'integrità di altri organi può alla sua volta prevenire, per supplenza, l'arresto di funzione del pancreas. Ora, è tenendo conto della presenza o dell'assenza di questa integrità degli altri organi, che si debbono considerare i sintomi delle malattie del pancreas. Ciascuna delle tre grandi funzioni potrà essere salvaguardata in ragione dello stato degli altri organi. Così si spiegano in clinica ed in patologia sperimentale i fatti di persistenza della funzione che esso contribuisce a compiere dopo distruzione profonda del parenchima pancreatico, e, d'altro canto, il suo disturbo possibile con una lesione assai limitata.

In questi ultimi tempi il Sahli ha indicato un nuovo mezzo per conoscere lo stato della secrezione pancreatica e di realizzare lo scopo che s'era proposto Unna. Egli si serve delle capsule di glucoide (gelatina indurita con la formalina contenenti del joduro o gr. 0,15 di jodoformio); nel soggetto normale si vedrà apparire il jodo nell'urina e nella saliva circa 4-6 ore dopo l'ingestione. Se la digestione pancreatica è disturbata, il jodo non sarà eliminato che più tardi o mai. Per riconoscere il jodo il Bourget consiglia il seguente processo; si preparano dei quadratini di carta da filtro, prima imbevendoli con una soluzione di amido al $^1/_{20}$, disseccando, e quindi versando su ciascun quadrato 2-3 gocce di una soluzione di solfato di ammoniaca al $^1/_{20}$, si lascia disseccare al buio. Si prescrive al malato di sputare ogni $^1/_4$ d'ora in uno di questi quadratini, secondo la colorazione si riconoscerà il momento della comparsa del jodo ed il grado del suo assorbimento secondo i gradi della colorazione.

La questione della cura medica delle malattie del pancreas è ancora allo studio. I lavori recentemente pubblicati concernono sovratutto la chirurgia (Biondi e Körte, Petit, Wandeslebem, Gussenbauer, Senn, Ruggi, Krönlein, Billroth, Finotti, Slender, Eve, Madelung, Riedel, Bruns, Kumell, ecc.). Gli interventi sono stati fatti per pancreatiti suppurate e gangrenose (Page, Brennecke); per cisti (Barker, Langton, Gould, Bilton Pollard, Payr); per emorragie (Fripp, Morian); per tubercolosi (Sapiejko). Secondo il Sahli la cura che ha dato il più gran numero di successi in casi di cisti, è la laparotomia seguita da incisione e drenaggio: ma la cura di scelta sarà l'estir-

pazione totale, se è possibile. Contro i tumori solidi, val meglio la cura radicale.

BIBLIOGRAFIA

K ö r t e, *Centr. f. Chir.* n. 42, 1896.—D e g u a s. *Journ. des pratic.*, 10 settem. 1898. — K l i p p e l. *Arch. gèn. de mèd.*, novembre 1897. — E t i e n n e. *Arch. de mèd. exp.* marzo 1898.—P a g e. *Thèse de Paris*, 1898. — C r a m e r. Algemeiner ärtzlicher Verein in Köln, febbraio 1897.—M o r i a n. *Münch. med. Woch.*, n. 11, 1899.—L e f a s. *Soc. de biol.* 21 maggio 1898.—K l i p p e l et L e f a s. *Arch. gènèr. de mèd.*, luglio 1899.—C h a r r i n et L e v a d i t i. *Soc. de biol.*, 18 marzo 1899.—C a r n o t. *Thèse de Paris*, 1898.—D e u t c h e r. *Correspond. f. Schweizer Aerzte*, n. 11-12, 1898.—P o l y a k o f f. *Berlin. klin. Woch.*, 14 marzo 1899.—N i c o l a s. *Gaz. hebd. de mèd. et de chir.*, n. 12, 1897. — O r l a n d i n i. *Sett. medica*, settembre 1898.—W i l l e. *Soc. biolog. de Hambourg*, 14 febbr 1899.—P u g l i a t t i. *Gazz. degli Ospedali*, 8 maggio 1898.—K a t z und W i n k l e r. *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, IV, 3, 1898.—E d w a r d s. *Philad. med. Journ.* 9 aprile 1898.—V e r s t r a e t e et D a n e l. *Journ. des scien. méd.* de Lille, 25 giugno 1898 — W. E b s t e i n. *Deut. med. Woch.*, 2 febb. 1899. — S a h l i. *Deut. med. Woch.*, n. 1, 1897. — B o u r g e t. *Journ. des. pratic.*, 31 dicembre 1897.—B r e n n e c k e. *Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 4 giugno 1898.—B a r k e r. Soc. clin. di Londra, 10 marzo 1899.—L a n g t o n. Soc. clin. di Londra, 10 marzo 1899. — G o u l d. Soc. clin. di Londra, 6 dicembre 1898.—B i l t o n. P o l l a r d. *Brit. med. Journ.*, 11 marzo 1899. — P a y r. *Wien. klin. Woch.* n. 26, 1898.—F r i p p. Soc. clin. di Londra, 9 dicembre 1898.—S a p i e j k o. *Soc. des mèdec. de Kieff*, 7 febbraio 1898. — S a n d r a s. *Echo mèd. de Lyon.*, n. 1, 15 gennajo 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II[a] Sezione chirurgica - Uomini

TURERCOLOSI CRONICA MASSIVA EMATOGENA DEL RENE DESTRO. — NEFRECTOMIA

Dott. Giuseppe Castellana, Chirurgo primario

Parrino Filippo di anni dieci, da Palazzo Adriano ha genitori che godono perfetta salute. I fratelli e le sorelle dell'infermo sono tutti sani, però un fratello è morto, dice il padre, per scrofola.

L'ammalato ad un anno di età ebbe un ascesso al cavo ascellare destro ed un altro alla spalla sinistra, che furono incisi e guarirono in poco tempo.

Un anno addietro circa ebbe un altro ascesso al torace, sulla linea parasternale sinistra, in corrispondenza della 3[a] e 4[a] costa: che venne anch'esso inciso, e guarì poco dopo completamente.

Nell'aprile scorso l'ammalato stesso si accorse di un'intumescenza al lato destro dello addome, che non dava però grandi noie, nè era dolente, nè gli recava disturbo di sorta nell'urinazione.

Da cinquanta giorni circa avverte un dolore vivissimo alla regione vescicale, che s'irradia all'asta e lo fa gridare e piangere. Queste crisi dolorose si ripetono continuamente e sono sempre accompagnate dal bisogno imperioso di mingere. A causa di queste involontarie emissioni di urina si riesce a stento, e dopo diversi giorni dal suo ingresso nell'ospedale, a raccoglierne un piccolo campione per l'esame. L'urina ha reazione acida, colorito giallastro, e presenta un abbondante sedimento muco-purulento. Vi si trovano delle tracce di albumina spiegabili coll'esistenza di questo sedimento.

L'esame microscopico rivela l'esistenza di corpuscoli purulenti, di cellule epiteliali di forme diverse e di detriti. Al microscopio non si manifestano elementi sanguigni, nè mai del resto vi è stata ematuria.

Esame obiettivo.—Sviluppo scheletrico regolare, sistema muscolare discretamente sviluppato, pannicolo adiposo scarso, sistema ganglionare linfatico normale, colorito della pelle bruno pallido. L'aspetto dell'infermo è sofferente, ma esso conserva ancora abbastanza energia.

Alla testa, al collo, al torace, alle spalle, alle anche, agli arti superiori ed inferiori nulla di rimarchevole; solo si notano le cicatrici delle suppurazioni precesse, delle quali s'è tenuto cenno nell'anamnesi.

L'esame metodico degli organi genitali e della prostata non fa riconoscere nulla di anormale.

Alla regione antero-laterale destra dell'addome si nota uno sviluppo maggiore della regione omonima di sinistra, che è infossata e pianeggiante; mentre essa si presenta piena e sporgente. Non vi è traccia di rete venosa anormale.

Palpazione.—Colla palpazione in questa regione laterale destra dell'addome si nota una resistenza molto estesa ma ben delimitabile. Questa intumescenza ha superficie bernoccoluta, forma ovoide, margini smussi; ha il volume di un grosso cedro ed è di consistenza fibrosa-elastica; è spostabile in tutti i sensi, ma non segue i movimenti del respiro. É indolente spontaneamente; ma, affondando alla G u y o n le punte delle dita di mezzo della mano sinistra nell'angolo che forma la massa sacro-lombare coll'ultima costa, e collocando

l'altra mano a piatto sul bordo esterno del muscolo retto colle punte delle dita al di sotto dell'ultima costa, il tumore pressato dalla prima mano viene sospinto contro la seconda, e si provoca così un senso molesto di dolore.

I limiti della tumefazione che si percepiscono colla palpazione sono i seguenti: anteriormente sul prolungamento della linea parasternale; superiormente un centimetro al di sotto dell'arco costale; inferiormente un centimetro e mezzo in sopra della spina iliaca anteriore e superiore; posteriormente non arriva a delimitarsi, perchè la sua resistenza si confonde con quella della massa sacro-lombare e della colonna vertebrale.

Percussione.—Sul prolungamento della linea parasternale il suono è normalmente timpanico all' addome, ed il fegato si trova nei limiti normali. Sul prolungamento della linea emiclavicolare il suono è meno alto, ma non si nota alcuna ottusità vera, nè una vera e propria ottusità relativa; la quale invece si riscontra sul prolungamento dell' ascellare anteriore, e va in basso sino all' osso iliaco ed in alto si confonde coll' ottusità del fegato. Gli stessi fatti si riscontrano sulla linea ascellare media e posteriore.

L' intumescenza delimitata coll' aiuto della palpazione e della percussione ha i seguenti diametri: Diametro trasversale massimo a partire dall'ascellare posteriore sino alla linea parasternale cm. quindici. Diametri longitudinali: sulla linea mammillare 10 cm., sull'ascellare anteriore 11 cm., sull' ascellare media cm. 10 $^1/_2$, sull' ascellare posteriore cm. 9. A differenza del rene normale in questa intumescenza irregolare e bernoccoluta, che occupa la regione renale, non solo i diametri sono molto più grandi di quelli del rene normale, ma si ha altresì la prevalenza del diametro trasverso sul diametro longitudinale.

Diagnosi. — Nulla vi è nell' anamnesi che possa far pensare all' esistenza della litiasi renale: nè emissione di calcoletti renali, nè coliche-nefritiche, nè dolorabilità persistente al rene, nè ematuria sviluppatasi coi movimenti e poscia col riposo calmatasi. Bisogna quindi escludere l'ipotesi che avesse a trattarsi di uro-pio-nefrosi da calcolosi renale. L' acidità dell'urina e la mancanza di una pregressa cistite fa escludere l' uro-pio-nefrosi infettiva ascendente. L' intumescenza stessa presenta inoltre la durezza elastica di un corpo solido e non la tensione elastica di un liquido sottoposto a forte pressione.

La piuria coll'urina acida e la cistite secondaria, come ha fatto escludere l' ipotesi, che potesse trattarsi di un' infezione ascendente, allontana altresì l'idea di un processo neoplastico, che mai dà luogo a cistite ed a piuria. Per eliminazione può adunque stabilirsi la diagnosi di natura e di sede del tumore. Un tumore non appartenente al rene non avrebbe dato luogo ai disturbi urinari ed alle alterazioni dell'urina, e tra le varie affezioni renali bisogna per esclusione ammettere la tubercolosi.

Questa tesi è poi altresì avvalorata dai precessi ascessi di natura molto probabilmente tubercolare e dalla tubercolosi o scrofola, che dir si voglia, che ha ucciso l'altro fratello.

Per tutte queste considerazioni trattasi adunque di un grosso rene tubercolare profondamente alterato nel volume, nella forma e nella consistenza.

Il dolore vescicale vivo coi mitti frequenti ed imperiosi non è spiegato dai leggieri fatti di cistite secondaria, la cui natura tubercolare non è abbastanza dimostrata; ma deve invece considerarsi col Guyon come un riflesso renovescicale.

L'altro rene non presenta nulla di anormale, nè dolorabilità spontanea o provocata col toccamento, nè aumento di volume. L'urina poi è in discreta quantità e non si notano disturbi uremici. Per la mancanza degli opportuni mezzi ho dovuto rinunziare al cateterismo cistoscopico dell' uretere del lato ammalato all' Albarran.

Indicazione operatoria.—Da un lato la profonda alterazione del rene destro, che faceva ritenere probabile la totale distruzione funzionale di esso, dall' altro lato la mancanza di segni indicanti l'alterazione dell'altro rene, e l'assenza di fenomeni uremici che l'insufficienza dell'altro rene avrebbe sicuramente prodotto, data la profonda alterazione del rene ammalato, mi ha fatto giustamente decidere al sacrifizio di un organo reso funzionalmente inutile; e che costituiva alla sua volta un danno reale ed imminente per l' esistenza di quel piccolo infermo.

Siccome la nefrotomia avrebbe messo allo scoperto le grandi masse tubercolari senza poterle distruggere, ed avrebbe di conseguenza sicuramente affrettato la catastrofe; la decisione pendeva tra l'astensione e la nefrectomia

primitiva. Ma astenersi era andare ad una sicura morte; mentre coll' intervento si ubbidiva al noto aforisma: « Licet melius anceps quam nullum experire remedium ».

Il criterio chirurgico da me adottato ha la sua sanzione clinica. Infatti il Tuffier dimostra con dati statistici la superiorità della nefrectomia sulla nefrotomia contro la tubercolosi del rene (1).

Patogenesi.—Delle tre vie d'introduzione del bacillo tubercolare, cioè la via ascendente, la via dei linfatici e la via sanguigna, la prima è stata già esclusa nel mio ammalato. Siccome nessun processo tubercolare esisteva negli organi vicini alla regione renale, in modo da potere venire trasportato direttamente al rene per mezzo dei linfatici, è da eliminarsi anche la seconda ipotesi. Così rimane per via di esclusione dimostrata l' origine ematogena di questa tubercolosi renale. Questa constatazione scientifica ha un'importanza pratica grandissima in quanto che serve ad avvalorare maggiormente il criterio della opportunità dell'intervento operatorio a mezzo della nefrectomia destinata in questo caso ad eliminare dall'organismo un focolaio primitivo d' infezione tubercolare.

(*continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

HÔTEL-DIEU DI PARIGI. Prof. Panas

Le allucinazioni della vista

Studiate dapprima da Esquirol, le allucinazioni possono a rigore interessare i differenti modi di sensibilità speciale, vista, udito, odorato, gusto anche il tatto, sono stati riferiti esempi di tutte queste allucinazioni sullo stesso individuo o su individui diversi.

Le più comuni sono quelle dell'udito: non è raro d'osservare che alcuni individui odano rumori immaginari, parole uscenti dalle mura, talvolta anche parole provocanti ed ingiuriose. Le allucinazioni della vista sono un po' meno comuni di quelle dell'udito, ma molto più frequenti di quelle dell'odorato nelle quali l'individuo ha per esempio la percezione di odori che non esistono (odore di cadavere ecc.). Fra queste allucinazioni, le une sono piacevoli, altre al contrario sono penose, talvolta anche terribili e capaci di mettere l' ammalato in furore; alcune infine sono incantatrici; l'individuo vede aprirsi il cielo e conversa cogli angeli. Questa questione interessa intanto più, in quanto che dalle recenti ricerche risulta che queste allucinazioni della vista possono presentarsi in due condizioni molto differenti: l'organo della visione è intatto o al contrario, sede d' alterazioni; si capisce nettamente l' importanza di questa differenza dal punto di vista diagnostico. Allorchè un individuo affetto da allucinazioni non presenta alcuna lesione oculare, la sede dell' affezione deve avere un'origine centrale o bisogna dirigere le ricerche dal lato dei conduttori nervosi, dei gangli, dei tubercoli quadrigemelli, ecc. o anche dal lato dei nuclei o della corteccia cerebrale. A questo riguardo, s'è cercato di fare una classificazione fra le allucinazioni che coincidono con occhi affatto normali e quelle che s'osservano negl'individui affetti da lesioni della retina, del nervo ottico o della coroidea.

Recentemente gli autori si sono occupati di quest'ultima categoria nella quale la allucinazione visiva dipende dal coesistere di un'alterazione materiale dell'organo visivo, una lesione della retina o della coroidea per esempio. Recentissimamente Uhthoff s'è occupato precisamente di questa questione ed ha fatto una comunicazione all' ultimo congresso oftalmologico di Heidelberg nel 1899 nella quale ha citato casi di lesioni materiali visibili all' oftalmoscopio, ch'erano state il punto di partenza di queste allucinazioni visive. Come tipo di questa varietà, valga il seguente esempio caratteristico. Si tratta d'un ammalato di 60 anni, nervoso, esquilibrato, ch'era stato in un asilo per impulsioni suicide e che aveva fratelli e sorelle che tutti erano stati in caso d' alienati. Esistevano in questo soggetto due scotomi centrali positivi dovuti a lesioni coroidee perfettamente visibili. Questi scotomi, assoluti dapprincipio, divennero relativi; ne venne che l' individuo poteva leggere e scrivere, ma come attraverso una nebbia; la sensazione dei colori esisteva, ma leggermente diffusa. In questo individuo sopravvengono allucinazioni, tutte nel dominio dello scotoma centrale.

L'individuo vede proiettarsi a questo livello foglie di vitalba sfumanti ai margini e che sembrano incollate al suolo quando l'ammalato guarda a terra. Queste allucinazioni si ripeterono accessionalmente due volte con sei mesi d'intervallo ed Uhthoff osservò che secondo l' avvicinamento lo spettro diminuiva ed aumentava di estensione; infine tutto spariva quando l'ammalato chiudeva gli occhi. L' interposizione d' un prisma dinanzi agli occhi determinava lo sdoppiamento dello spettro, ma sempre nel dominio dello scotoma.

Ciò è molto caratteristico, ma nel maggior numero dei casi le cose non stanno così; gli oggetti sono visti senza limiti precisi. Alcuni individui vedono persone, amici: un' ammalata osservata da Panas aveva tutte le notti appuntamenti con Enrico IV. Non soltanto gl' individui nervosi o gli

(1) *Trattato di Chirurgia* pubblicato sotto la direzione di Duplay e Reclus, Vol. VII parte II. pag. 113 Trad. it.

squilibrati hanno allucinazioni della vista; l'hanno anche prenotato persone normali e molto intelligenti; così il fisiologo Müller racconta che spesso, prima di andare a letto si vedeva dinanzi un amico intimo col quale conversava per un certo tempo senza rendersi conto dell'allucinazione.

Allato a queste allucinazioni che possono osservarsi nei vesanici e negli individui normali ve n'ha altre d'origine tossica, particolarmente quelle degli alcoolisti. Le insonnie, si sa, sono frequenti in questi ultimi e s'accompagnano spessissimo con allucinazioni della vista; dippiù lo scotoma centrale è quasi costante nell' intossicazione alcoolica e nicotinica. Sarebbe interessante il cercare se queste allucinazioni sono in rapporto collo scotoma; e notare infine che queste allucinazioni sono specialmente spiacevoli, esse si presentano in forma di animali più o meno terrificanti: topi, bestie nere ecc.

In quest'ordine d' idee bisogna cercare se altre lesioni trofiche e tossiche del globo oculare non possono produrre gli stessi disordini. Si sa oggi che alcune sostanze, come il piombo, il fosforo, il solfuro di carbonio, le carni guaste, l' ingestione dei datteri di mare o di crostacei possono cagionare lesioni dell' organo della vista che possono essere forse il punto di partenza di allucinazioni.

Havvi un'altra categoria di allucinazioni, quelle cioè che s'osservano negli emianopsici. Alcuni individui affetti di emianopsia d' origine corticale o chiasmatica e che presentano disturbi dipendenti della lesione corneale (disuguaglianza pupillare, cecità o sordità verbali, afasia ecc.) possono avere allucinazioni. Fatto curioso, esse non occupano che una metà del campo visivo, il che sembrerebbe indicare che forse possono avere un punto di partenza periferico, ciò deve incitare tanto più a distinguere fra le allucinazioni quelle che possono essere di origine periferica da quelle che hanno un'origine centrale. Su questo riguardo s'é osservato che l'allucinazione nell'emianopsia occupa generalmente la parte cieca del campo visivo e ciò richiama l'ammalato di Uhthoff.

In altri individui al contrario occupa la parte non alterata del campo visivo. Come le emianopsie dalle quali sembrano derivare, queste allucinazioni sono il più spesso laterali, eccezionalmente si riscontrano alla parte superiore ed inferiore del campo visivo.

Allato a questi casi che bisogna conoscere e che interessano il nevrologo e l'oftalmologo, ve n'hanno altri che dipendono esclusivamente dal dominio dell'oftalmologia. Alcuni individui completamente amaurotici possono avere allucinazioni. Fra queste le une hanno un' origine periferica, altre al contrario hanno un'origine perfettamente centrale ed ecco un esempio segnalato da Uhthoff. Un individuo, affetto da doppio scollamento totale della retina e da cateratta consecutiva, veniva a consultarlo perchè era fotofobo o piuttosto eliofobo. Non ch'egli temesse il sole che nemmeno vedeva, ma, allorchè era calmo e tranquillo, aveva la sensazione d'abbagliamento.

Un'altra classe di ammalati, molto più comune, é quella degl'individui affetti d'atrofia ottica doppia sia d'origine cerebrale, sia d'origine midollare. Alcuni di quest'individui vanno a consultare il medico perchè la luce fa loro del male o perch' essi vedono sensazioni luminose diverse; altri vanno più lungi e si lagnano di fotopsie. Così Milton, ch' era cieco, si lagnava spesso di vedere tutta Londra in fuoco. De Graefe ha osservato casi di questo genere e la prima operazione da nevrotomia ottico-ciliare fu fatta da lui su d' un cieco affetto da simile affezione.

E certo che queste allucinazioni possono avere per punto di partenza un'eccitazione dei centri ricettivi e debbono ravvicinarsi ai fosfeni che s' ottengono comprimendo la retina in un punto. Panas ha osservato su questo riguardo un fatto curiosissimo non ancora segnalato. Un ammalato tabetico, molto intelligente ed affetto da atrofia ottica doppia, andò un giorno a consultarlo per sensazioni luminose di bianco che gli ritornavano in modo periodico. Aveva i giorni bianchi ed i giorni neri; il lunedì, per 24 ore, aveva una luce bianca abbagliante, l'indomani, martedì, tutto diveniva oscuro, il giorno seguente ricompariva il bianco, e così di seguito. Panas ha ritrovato poscia questo fatto talvolta in alcuni atrofici, e sempre indipendentemente dalla temperatura e dalla luce ambiente. Questa è evidentemente un' allucinazione e deve ravvicinarsi ad altri fenomeni che s' osservano in alcuni tabetici che sono fotofobi e fuggono la luce del giorno. S'è qui in un dominio estremamente difficile; è difficile a risolvere se si tratti d' iperemia, di questione di neurone o d' un semplice fenomeno d'eccitazione.

Riassumendo, l' allucinazione può definirsi una sensazione interna che non ha rapporto col mondo esterno, in ciò essa differisce dall'illusione, la quale è una sensazione provocata dagli oggetti circostanti ma interpretata del cervello. In quest'ultima per esempio un colore non è visto colla sua tinta normale; un oggetto è visto affatto diverso da quel che dovrebbe essere. L' allucinazione invece s'ottiene ad occhi chiusi, essa non ha nulla a che fare col mondo esterno ed è creata intieramente in noi.

La scossa che produce l'allucinazione può essere devoluta tutta ai centri, senza alcun rapporto col globo oculare, come s' osserva negl' individui che hanno qualche affezione del globo oculare; ma si conoscono oggi dei casi nei quali l'allucinazione ha punto di partenza periferico in rapporto con una lesione dell'apparato visivo, coroidite centrale con scotoma, scollamento della retina, nevrite od atrofia ottica sotto tutte le forme ecc..

L' avvenire soltanto permetterà di decidere la questione e di stabilire una classificazione gene-

rale delle allucinazioni, che già sembrano dover essere divise in due grandi gruppi, le allucinazioni periferiche e le centrali, queste ultime dovute ad un' alterazione o perversione dei centri percettivi. (*Journal des practiciens*, n. 30, 29 luglio 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 30 luglio 1899.

Presidente De Martini

E. De Renzi. **Sulla colica biliare cistica.** — Riferisce brevemente sopra un fatto a cui spetta qualche considerazione. Si sa che poche malattie sono proteiformi quanto la calcolosi biliare, al punto che vi sono casi, nei quali essa trovasi senza alcuna manifestazione sintomatica, mentre questa può trovarsi senza che la calcolosi esista.

Egli da lungo tempo avendo visto individui con abito artritico, che menavano vita sedentanea e che accusavano dolori in prossimità dell' ombelico, aveva acquistato la convinzione, pur non rinvenendo mai calcoli nelle feci, che si trattasse di calcolosi biliare. Questa convinzione acquistò maggiore fermezza quando gli capitarono due casi, nei quali esisteva un tumore in corrispondenza della cistifellea, che sembrava un sacchetto pieno di noccioli. mentre non fu mai possibile riscontrare alcun calcolo nelle feci. Un caso della sua clinica è venuto ultimamente a dare una prova diretta del fatto. È un'ammalata, nella cui anamnesi non si riscontra altro, fuorchè un fratello che a 20 anni morì per ascesso epatico. Da 7 anni soffriva dolori in vicinanza dell' ombelico. Presentava un tumore in corrispondenza della cistifellea e la puntura esploratrice mostrò un liquido muco-purulento, che conteneva molta mucina. Convintosi trattarsi di calcolosi biliare e colica, che direbbe cistica, dipendente da che il calcolo non entra nel coledoco, come avviene nella forma classica, consigliò l'operazione.

Questa, eseguita da Salvia, dimostrò che quel tumore era realmente la vescichetta biliare ingrossata e contenente tre calcoli di colesterina. Una parte di essa fu escissa ed il resto fissato alla cute delle pareti addominali. Presenta l' inferma guarita e crede potere stabilire le seguenti conclusioni: 1. Tra le innumerevoli forme cliniche della calcolosi biliare, due sono tipiche, la cistica e la epato-coledoca. 2. Nella forma cistica il dolore ha sede verso l'ombelico e mancano le irradiazioni alla spalla. 3. In essa non si rinvengono calcoli nelle feci. 4. Infine non si è trovato mai itterizia.

Cardarelli trova interessantissima la comunicazione del prof. De Renzi. Ricorda due casi di colica cistica occorsigli, operati l' uno da Novaro, l' altro da D' Antona. Le coliche erano intensissime. Desidererebbe che si facesse una discussione in proposito, trovandosi in tali casi fatti importantissimi, come, per esempio, la febbre a tipo pernicioso. La cistifellea si tocca quasi costantemente. Il calcolo entra ed esce per il dotto cistico, per cui si ripete la colica, ma non va mai nel coledoco.

D. Capozzi rileva anche egli l'importanza della comunicazione, tanto più che i casi di colica cistica sono numerosi. È facile imaginare come trovandosi il calcolo nel dotto cistico, non debba avvenire itterizia, e non si debba trovare nulla nelle feci. Il fatto di maggiore interesse è quello della febbre, che talvolta è intermittente assumendo il carattere di febbre suppurativa, e probabilmente ci è suppurazione.

De Renzi conviene con Capozzi che i casi sono numerosi e tali sono stati quelli da lui osservati, prima che la prova anatomica non gli avesse tolto ogni dubbio. Crede che quello della febbre sia uno degli argomenti più difficili e più importanti. Nel caso riferito non ci era febbre, ma segni di cistite e pericistite con presenza di muco-pus. Non è facile stabilire fino a che punto contribuiscono alla febbre il processo infiammatorio ed il processo infettivo specifico.

Cardarelli nota che pratici indicano tre centri di dolore nella colica epatica: epigastrico, sotto-epicondriaco destro e talvolta anche sotto-epicondriaco sinistro. L' importanza della febbre è anche riconosciuta dagli antichi. Nel caso operato dal Novaro è durata tre anni, con accessi di perniciosa violentissima, che si ripetevano ogni 8-10 giorni. Fu trovato un calcolo, che avea provocato ulcerazione estesa della cistifellea. L' ammalato sei ore dopo l' operazione, fu preso da febbre altissima fino a 41° C, evidentemente per liquido settico capitato nel peritoneo. Questo stesso liquido, assorbito di tanto in tanto, doveva determinare la febbre. In alcuni casi, come in quello operato dal D' Antona, il liquido contenuto nella cistifellea è limpidissimo. Ci sono casi, nei quali la febbre finisce non appena l'infermo caccia il calcolo.

Antonelli rileva come la prevalenza della sede del dolore debba essere bene accertata clinicamente nelle diverse forme di calcolosi, perchè l' osservazione anatomo-patologica possa fare luce sull'interpretazione di questi fatti.

De Renzi dice che dalle sue osservazioni sembragli accertato che quando il calcolo ha sede nella vescichetta biliare, il dolore si osserva verso la regione ombelicale.

Cardarelli osserva come nella grande maggioranza dei casi i calcoli si formano nella cistifellea. Essi si incuneano dapprima nel dotto cistico con dolori violentissimi senza itterizia, poi nel coledoco, che è meno angusto; quindi altro punto più stretto è la ampolla di Vater. La colica il più delle volte non è di origine del coledoco ma cistica. I clinici hanno detto ch'è una colica del simpatico e la descrivono come colica celiaca e cercano di mettere in rapporto

le diverse sedi del dolore con le diverse ramificazioni del plesso celiaco; ma egli non ha creduto mai che dal tipo del dolore si possa risalire alla sede del calcolo.

Capozzi crede che il dolore ombelicale sia un criterio in favore di un calcolo cistico, e che questo si debba escludere se il dolore trovasi in altri punti.

De Renzi dice che il calcolo deve passare per il dotto cistico e ritiene col Cardarelli che si tratti di azioni riflesse, al punto che ammette si possano avere i fenomeni riflessi senza il calcolo; ma la comune colica dipende dallo spasmo del coledoco e sopratutto dello sbocco di questo nel duodeno.

V. Capriati. **Influenza dell' elettricità sulla forza muscolare.** — Riferisce i risultati di una sola parte delle sue ricerche, di quelle cioè relative all'elettricità galvanica ed alla statica, riserbandosi di trattare in seguito delle altre forme di elettricità in uso nella pratica medica. Le esperienze sono state fatte tutte su individui sani e giovani tra i 24 ed i 36 anni, Egli ha cercato di limitarsi a quei metodi di applicazione più comunemente adoperati; ha usato perciò l' elettricità galvanica sottoforma di galvanizzazione della spina o di un arto e la statica solo sotto forma di bagno. Per le applicazioni alla spina si è servito di elettrodi formati da larghe e sottili lamine di stagno, di cm. 20×15, rivestite di un massiccio cuscinetto di garza, inzuppato di acqua tiepida, i quali venivano fissati con fasce, uno sulla regione cervico-dorsale, l' altro sulla regione lombare. Per la galvanizzazione dell' arto faceva pescare la mano sino al polso in un grosso bicchiere cilindrico di vetro, ripieno di acqua tiepida, messo in comunicazione con la batteria, mediante l'immersione di un disco di carbone legato all' estremità libera di uno dei fili conduttori, ed attaccava l'altro polo ad uno dei suddetti elettrodi di stagno, situato sulla regione cervico-dorsale. La corrente si faceva agire sempre in modo stabile, in senso ascendente in alcune esperienze, discendente in altre con una intensità variabile dai 10 ai 15 M. A. e per la durata di 10 minuti. Per la franklinizzazione fu adoperata una potente macchina Winshurst a quattro dischi di 70 cm. di diametro: la durata di ogni seduta era anche di 10 minuti.

Per la esatta valutazione della forza muscolare si è valso dell'ergografo di Mosso.

Il risultato ottenuto costantemente in tutte le esperienze, tanto con la elettricità galvanica, quanto con la statica, é stato un aumento di forza considerevole e duraturo.

Movimento biologico universale

1. GILBERT studia **« l'opoterapia ovarica (amenorrea e dismenorrea). »** Conclude che l'opoterapia ovarica è il metodo di scelta nella cura delle affezioni dell' ovaio, che si sottraggono all'intervento chirurgico. (*Thèse de Paris* 1898-99).

2. CAPELLINI fa delle ricerche sperimentali **« sui nervi della cornea rigenerata del tritone ».** Conclude che: 1° La cornea del tritone, totalmente rigenerata dopo 7 e 8 mesi dall'asportazione di $^3/_4$ circa del globo oculare, macroscopicamente poco differisce dalla cornea normale; è lievemente opalina ed in qualche punto è più sottile. 2° Mentre le cornee rigenerate di 7 mesi sono apparentemente affatto simili a quelle di 8 mesi, nè è notevolmente differente l'innervazione. 3° Questa differenza consiste: nel numero dei rami e delle fibre nervose che penetrano nella cornea, nella formazione degli intrecci, o plessi nervosi e specie nell' estensione di questi. 4° Dall' osservazione dei suoi preparati risulta: che mentre nella cornea rigenerata da 7 mesi, circa una metà soltanto di essa è innervata, in quella di 8 mesi è priva di nervi soltanto una parte della superficie corneale corrispondente a circa un quadrante della cornea e rami che partono dai plessi già bene formatisi e rami provenienti dall' orlo corneale tendono ad occupare od a restringere sempre più questo spazio. (*Archivio di oftalmologia* fasc. 1-2 luglio-agosto 1899).

3. LODATO fa delle ricerche sperimentali **« sulle alterazioni della ghiandola lagrimale consecutive al taglio del nervo omonimo ».** Conclude, confermando quanto fu prima sostenuto da Angelucci, che nella genesi dei fenomeni consecutivi al taglio dei nervi, senza escludere l'influenza dell'inazione funzionale, una parte assai importante spetti alle alterazioni vascolari. (*Archivio di oftalmologia*, fasc. 1-2 luglio-agosto 1899).

4. LONDE studia alcuni casi di **« albuminuria familiare: forma intermittente ».** Vi sono antecedenti familiari neuro-artritici. L'inizio avviene per disturbi digestivi: anemia e cefalea. Il decorso è insidioso ed intermittente. I seni urologici ricordano l'albuminuria ciclica di Teissier ed i disturbi digestivi, l'albuminuria dispeptica di A. Robin, l'albuminuria dello sviluppo, l' albuminuria di origine simpatica di P. Marie, il clorobrightismo del Dieulafoy (*Société médicale de hôpitaux*, 28 luglio 1899).

5. SILVESTRINI fa uno studio **« sulla emoglobinuria e glicosuria ».** Conclude, come il Bouchard ha dimostrato, che il limite di fissazione per il glucosio nel fegato è vario nei varii individui in istato normale; questo limite è molto ridotto in certi stati patologici. L' emoglobinuria può abbassare questo limite di fissazione per modo che un fegato sufficiente per una data dose di glucosio diviene nel periodo di emoglobinuria insufficiente per questa stessa dose; abbassandosi il limite di fissazione anche alto di un fegato sano, come ancora abbassandosi il limite di fissa

zione già basso di un fegato ammalato. (*La Clinica moderna*, n. 32, 9 agosto 1899).

6. Courvoisier si occupa « **delle lesioni non traumatiche dell'encefalo come causa di diabete** ». Dice che il diabete può essere il sintomo di lesione materiale o la conseguenza di un'alterazione puramente funzionale dei centri nervosi. Il diabete può manifestarsi quando la lesione risiede in punti dell'encefalo lontani dal bulbo. Il diabete d'origine cerebrale può essere transitorio o permanente, i sintomi non differiscono molto da quelli del diabete ordinario e può terminarsi come diabete insipido. (*Thèse de Lyon*, 1898-99).

7. Trénel riferisce d' un caso « **di edema cerebrale per endoarterite a distanza** ». Il malato avea delirio sistematizzato con allucinazioni multiple; poi ebbe paresi dell'arto superiore sinistro, poi paralisi progressiva; morte. All' autopsia: edema considerevole delle circonvoluzioni rolandiche dell'emisfero destro; la causa di questo edema era riposta in un anello di endoarterite della carotide interna. Questa osservazione è molto simile a quella di Brissaud e de Massary, e conferma la possibilità di un edema cerebrale per obliterazione arteriosa a distanza. (*Société anatomique*, 21 luglio 1899).

8. F. Villy descrive un caso di « **pneumotorace senza lesione primaria** ». È accaduto in un bambino che è venuto poi all' autopsia senza che si fosse potuto in lui riscontrare alcuna lesione primaria. Probabilmente l'aria é passata attraverso una rottura del parenchima pulmonare durante un accesso di tosse. (*Medical Chronicle*, n. 4 luglio 1899).

9. Bayer publica, un caso di « **mancanza congenita dei reni** ». Trattavasi di un neonato ben sviluppato del peso di gr. 2700 e lungo cm. 47 il quale non presentava alcun altro difetto di conformazione, colla sezione si trovò soltanto l'assenza congenita dei reni. La vescica orinaria di grandezza normale, anteriormente sboccava nell'uretra ancor essa normale, posteriormente invece non vi erano tracce nè di uretere nè di reni e il serbatoio urinario terminava a fondo cieco nell'uraco. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 32, 1 agosto 1899).

10. Rost tratta dell' « **uso esclusivo della nutrizione rettale** ». In certi casi di ulcera gastrica egli ha ottenuto risultati meravigliosi dalla nutrizione esclusivamente rettale (clisteri nutritivi) protratta anche per parecchie settimane. Anche nella gastrosucorea si ha qualche buon esito, ma non sempre: in questi casi è ottimo di eseguire spesso il lavaggio gastrico con soluzione all'1 0[0. Si raccomanda di aggiungere al clistere qualche piccola quantità di oppio. Dopo che lo stomaco é stato in riposo per parecchio tempo e si può ricominciare la nutrizione per bocca, s'incominci colla dieta lattea assoluta. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1899 n. 31).

CHIMICA CLINICA

La presenza e la prova dell'acido glicuronico nell'urina

L'acido glicuronico è una delle sostanze la cui presenza nell' urina è conosciuta da poco tempo. Esso si produce nell' organismo dall' ossidazione diretta del glucosio che così si distingue per l'assenza in meno di due atomi di idrogeno e per la presenza in più d'un atomo d'ossigeno. È un prodotto nutritivo intermedio. Appare nell'urina quando esso è protetto dalla combustione per la sua combinazione con altre sostanze. Queste ultime, numerose formano dei glicuronati che sono eliminati. La canfora, il cloralio, il naftolo, l' essenza di terebentina, il fenolo formano anche delle combinazioni con l'acido glicuronico.

Quest'acido é molto riduttore, destrogiro e fermentescibile. I glicuronati, che coll'ebollizione con acidi allungati si sdoppiano in acido glicuronico e in alcool corrispondenti, riducono in parte l'ossido di rame in soluzione alcalina. All' opposto hanno in comune la proprietà d' essere levogiri e fermentescibili come l'acido. Oltre alle sostanze cennate, ve n'ha altre che, come la morfina, formano gli euronati levogiri e riduttori. Si sa che spesso l'urina è riduttrice nell'intossicazione acuta da morfina, e ciò per la presenza del glicuronato di morfina.

Ma allora la riduzione s'effettua secondo un tipo particolare, il tipo ritardato. Il liquore di Fehling si riduce bruscamente dopo uno o due minuti d'ebollizione. Questo ritardo nella riduzione è stato segnalato da Salkowscki nella presenza dei pentosii, è caratteristico dei glicorunati e per Mayer l'acido glicuronico sarebbe un carbonato di pentosio. La pentosuria è stata segnalata nei morfinizzati da Salkowski e Iastrowitz. Nel caso d'intossicazione acuta da morfina riferito da Mayer, l'urina non ha dato acido carbonico col lievito, ed il polarimetro ha dato una deviazione a sinistra corrispondente a 3 0[0 di glucosio. L'assenza di fermentazione permise di escludere il levulosio. La deviazione a sinistra permise di eliminare i pentosii che sono otticamente inattivi o destrogiri. La deviazione sinistra sembra dunque dovuta ai glicuronati.

Inoltre, siccome l'acido glicuronico è destrogiro, basta far bollire l' urina con un acido debole per vedere diminuire poco a poco la deviazione sinistra, cessare e passare a destra, quando l' acido glicuronico è divenuto libero.

Un altro modo di svelare la presenza dell'acido

glicuronico è di fare la prova con l'oreina e l'acido cloridrico. Se v'ha acido glicuronico o pentosii, si ottiene una colorazione verde e delle strisce di assorbimento caratteristiche. La reazione non si ottiene con l'acido combinato che bisogna sdoppiare precedentemente con l'aggiunta di acido solforico,

L'acido glicuronico libero dà colla fenilidrazina combinazioni cristallizzate multiple, entrando queste in fusione a temperature varianti da 114° a 205° secondo l'origine dell'acido glicuronico.

Secondo Mayer, i glicuronati debbono incontrarsi molto spesso nell' urina, ed alcune reazioni oscure si spiegano colla loro presenza. Succede così in alcuni casi di glicosuria alimentare nei quali si trova l'urina riducente, ma non fermentescibile ed otticamente inattiva o destrogira. In questi casi è molto probabile che esistono glicuronati nella urina invece del glucosio.

Infatti lo zucchero s'ossida, ma incompletamente per trasformarsi in acido glicuronico la cui distruzione molecolare è arrestata. Negli ammalati, che alla prova alimentare dànno un'urina glicuronica, l'ossidazione dello zucchero non è compromessa a tal segno che lo zucchero non sia bruciato più, ma abbastanza perchè la combustione possa farsi completamente. Donde la deviazione levogira, la riduzione e la non fermentazione delle urine.

Può inoltre darsi che l'urina contenga contemporaneamente zucchero ed acido glicuronico, il che fa sì che con due poteri rotatori contrarii l' urina è otticamente inattiva, essendo la deviazione destrogira dello zucchero mascherata dalla deviazione levogira dei glicuronati; ed infatti gli autori hanno sospettato l'esistenza di queste sostanze levogire, ed i fatti ai quali qui si fa allusione sono quelli riuniti da Naunger col nome di destrosurie levogire, giacchè il diabetico può, come l'individuo normale, eliminare glicuronati. (*La Médecine moderne*; n. 18, 16 agosto 1899).

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA
DELLA TUBERCOLOSI

1. *Alfred Hillier* studia sotto i suoi varii aspetti **la cura all'aria aperta della tisi**. Mette in evidenza, servendosi degli studi degli osservatori che l' hanno preceduto, l' efficacia ed il meccanismo di azione dell'aria libera sui bacilli e sugli organi respiratorii degli infermi. Tratta dell'azione delle diverse vicissitudini atmosferiche. Studia opportunamente l'azione sedativa e curativa dei climi di altitudine, dei climi marini e dei viaggi di mare. Dimostra infine la grande utilità dei sanatorii sull'esempio dei risultati ottenuti in Inghilterra ed in Germania e ne dà le principali norme di costruzione e di ordinamento.

2. *H. R. Taylor* dà le **norme della cura climatica nella tubercolosi incipiente.** Fa notare l'azione benefica delle altitudini dovuta specialmente alla purezza dell' aria ed alla scarsità degli abitanti, e poi agli effluvii dei boschi di piante resinose. Occorre che il luogo prescelto non esponga l'ammalato a gravi disagi nè a variazioni diurne di temperatura, e deve poter permettere di rimanerci d'estate e d'inverno facendo esercizii all' aria libera. È un pregiudizio quello di credere che le altitudini debbono essere interdette agli emottoici ed ai febbricitanti. Bisogna piuttosto proibirle ai tubercolotici cavitarii, e specialmente a quelli in condizioni assai gravi, i quali più opportunamente debbono rimanere a casa.

3. *J. Howe Adams* dà le norme per la **cura della tubercolosi incipiente in casa.** Egli insiste specialmente sulle pratiche igieniche a base di aria libera o spesso rinnovata, e sulla iperalimentazione per la quale dà regole di un certo valore. Si occupa poi dei giovani tubercolotici per i quali consiglia una limitazione delle ore di studio a vantaggio degli esercizi corporei. Come cura farmaceutica si limita a consigliare il creosoto, salvo a ricorrere agli oppiacei per moderare la tosse.

4. *Champion* ha studiato **l'immobilizzazione temporanea del torace, come adiuvante della tubercolosi pulmonare** fatta sia con un apparecchio gessato, sia, più spesso, con una semplice compressione ovattata. Quest' immobilizzazione passeggera secondo l' autore diminuisce gli accessi di tosse, fa scomparire i vomiti, calma i dolori intercostali e fa abbassare la temperatura. Il metodo non è però raccomandabile agli individui con tubercolosi avanzata o con enfisema.

5. *Stepp* **cura la tubercolosi con l' uso interno dell'acqua fluoroformizzata.** Lo Stepp ha visto che nei tubercolotici all'acido fluoridrico già in voga una volta, può sostituirsi con vantaggio il fluoroformio, somministrato internamente in soluzione acquosa. Il fluoroformio è un corpo gassoso, solubile nell' acqua nella proporzione del 2, 8 0[0. Quest'acqua fluoroformizzata è quasi inodore ed insipida, e può essere prescritta internamente fino alla dose di gr. 100 nelle 24 ore. La dose media è di 4-5 cucchiai (da caffè o da tavola secondo l'età degli ammalati) al giorno. Nelle tubercolosi locali lo Stepp ha ottenuto buoni risultati (tumor bianco del ginocchio, lupus ribelle della faccia). Nella tubercolosi pulmonare gli effetti sono meno notevoli.

6. *Barrier* nella seduta dell'otto giugno scorso a proposito della **trasmissibilità della tubercolosi del cane all'uomo** ha riferito alcune sue esperienze alla « Società di medicina veterinaria » relative alla tubercolosi dei cani e sua trasmissibilità.

Pertanto richiama vivamente l' attenzione sugli immensi pericoli di contagio a cui si va fatalmente incontro, da coloro i quali hanno la disgrazia di

tenere in casa un cane che sia affetto da tubercolosi. Quindi d'ora innanzi, occhio ai cani!

Alfred Hillier. *Practitioner*. n. 374, agosto 1899.—H. R. Taylor. *Medical Times*, n. 8, agosto 1899.—J. Howe Adams *Medical Times*. n. 8, agosto 1899.—Champion. *Thèse de Paris*, 1898-99. — Stepp. *La Semaine médicale*, n. 33, 2 agosto 1899.

QUISTIONARIO

RISPOSTE A DOMANDE E QUESITI DEGLI ABBONATI

QUESITO 1°

Domanda: La perdita di tutto il padiglione dell'orecchio costituisce *sfregio* o *deformazione* permanente del viso? A secondo che si tratti dell'una o dell'altra cosa le sarei oltremodo grato se volesse indicarmene le ragioni.

Risposta: La perdita di uno, o di ambedue i padiglioni delle orecchie, costituisce deformazione permanente del viso, perchè essi sono parte integrante del viso, *vultus*, e la loro perdita porta un disturbo permanente nell'armonia delle forme di questa parte del nostro corpo. A. M.

QUESITO 2°

Domanda: Ci faccia sapere qualche cosa sull'*anoselina*, modo di somministrarla, meccanismo di azione e presso chi si acquista.

Risposta: L'anoselina è stata specialmente sperimentata da D'Urso, Volpe, Delli Ponti, Fornario e ultimamente nella clinica De Renzi. L'anoselina è un liquido composto di varie tinture e si amministra alla dose di 2-3 bicchierini da marsala al giorno da solo od in acqua.

Il Fornario dice che il primo beneficio ottenuto nelle febbri malariche è il miglioramento dei disordini gastrici e dei fenomeni di astenia, successivamente diminuisce la febbre, le urine si chiariscono e i fenomeni nervosi scompaiono.

Egli crede che in parecchie forme di malaria l'anoselina riesca dove non è riuscita la chinina. Presso che della stessa opinione è il De Renzi, nella cui clinica il Fittipaldi ha assodato che l'anoselina si comporta come un rimedio di risparmio del ricambio organico, limitando la scomposizione della nucleina (diminuzione dell' acido urico) e dell'albumina (diminuzione dello zolfo acido).

Null'altro possiamo dire in proposito, nè possiamo fare nomi di venditori.

FORMULARIO

Lozione eccitante contro l'alopecia

Ammoniaca	gr.	8
Essenza di terebentina	»	25
Alcool canforato	»	167

Mischia ed agita.

Lozione solforata contro la seborrea del cuoio capelluto e l'alopecia consecutiva

Solfo precipitato, Glicerina	ana gr.	10
Alcool canforato	»	20
Acqua distillata	»	160

Per applicazioni locali.

Lozione parassiticida contro la ftiriasi del cuoio capelluto e specialmente del pube

Bicloruro di mercurio	gr.	0,25
Essenza di terebentina	»	30
Glicerina	»	40
Alcool canforato	»	175

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste in Portogallo

È incredibile, dice il *Secolo*, l'insipienza colla quale le autorità portoghesi e le spagnuole del confine fra i due paesi hanno lasciato che la peste bubbonica facesse, incontrastata, la sua lugubre apparizione.

Dopo una settimana e più che la peste era segnalata, nella via Nuova di San Domingo', un ragazzo di quindici anni, Carlo Dias de Castro, ne fu colpito e morì.

Il dottore curante avvisò l'ispettorato sanitario, il quale fece isolare la casa del morto; e le precauzioni non ebbero altro seguito.

Il cadavere fu accompagnato al cimitero da cinque o sei individui, i quali dopo avere avuto un contatto così immediato col morto se ne ritornarono in città, come se nulla fosse.

Questa assoluta mancanza di precauzioni è tanto più riprovevole, inquantochè l'epidemia bubbonica raggiunge la sua massima forza di espansione da ottobre a maggio.

Se le autorità portoghesi non si dànno attorno con maggiore energia, è molto probabile che procurino al loro paese, e fors' anche ad altri paesi, una ben brutta sorpresa per l'autunno.

Ad *Oporto* si ebbero altri quattro casi di peste e scoppiarono i temuti tumulti contro i medici che sono obbligati a denunziare i casi di epidemia.

Le truppe caricano ripetutamente la folla. Vi sono diversi feriti. La polizia ha proceduto a parecchi arresti.

Ecco integralmente l'ordinanza di Sanità marittima emessa dal nostro Sottosegretario dell'Interno per le provenienze dai porti del Portogallo.

Art. 1. — I porti del Regno di Portogallo sono dichiarati infetti da peste bubonica, e saranno quindi ad essi applicate le disposizioni delle precitate Ordinanze.

Art. 2. — Le operazioni di Sanità marittima, come sopra prescritte, dovranno esclusivamente essere compiute presso i porti di Genova, Livorno, Napoli, Nisida, Palermo, Messina, Brindisi e Venezia.

Art. 3. — Dopo l'ammissione delle navi a libera pratica, tutti gli individui che ne sbarcheranno, sieno essi viaggiatori od appartenenti all'equipaggio, saranno muniti, per cura della locale Prefettura, d'un foglio di via e segnalati telegraficamente ai Sindaci dei Comuni ove sono diretti, agli effetti della sorveglianza sanitaria, fino a completamento dei dieci giorni dopo la loro partenza dall'ultimo porto infetto.

I signori Prefetti delle Provincie marittime sono incaricati dell'esecuzione della presente Ordinanza.

Una legge contro l'alcoolismo

Il senatore Siedfried, quello stesso che si è reso popolare e benemerito in Francia per la costruzione delle case a buon mercato, ha presentato al Senato francese una proposta di legge per combattere indirettamente l'alcoolismo.

Con questa legge egli propone: 1. Di ristabilire l'obbligo dell'autorizzazione e della licenza per la minuta vendita, che in Francia era stata abolita; 2. Che il numero delle autorizzazioni o delle licenze non possa superare la proporzione di una, ogni 200 abitanti; 3. La licenza sarà subordinata alla condizione di riscattare una delle vendite esistenti nel circondario di Parigi e negli altri centri di popolazione; 4. Quando il numero delle vendite avesse raggiunto od oltrepassato la proporzione di una ogni 200 abitanti, non sarà accordata che una sola autorizzazione ogni tre vendite vacanti; 5. Ogni vendita che avesse da 6 mesi cessato dall'esercizio sarà considerata come soppressa e non potrà più essere accordata l'autorizzazione a riaprirla; 6. Gli spacciatori di bevande attuali saranno dispensati dall'obbligo della antorizzazione.

Con questo progetto il senatore Siedfried si propone di diminuire gradualmente gli spacci di bevande alcooliche, cominciando dalla restrizione minima, per salire ad una diminuzione di due terzi, quando cioè non si accorderà che una autorizzazione ad ogni 3 vendite vacanti. Una città di 450 mila abitanti, come Marsiglia, per esempio, che potrebbe avere da principio 2500 spacci di bevande alcooliche, col progredire del tempo non potrebbe averne più di 833.

E colla diminuzione degli spacci il Siedfried si propone di combattere l'alcoolismo ed i suoi effetti micidiali.

GAZZETTINO

BERNA. *Croce turchina.*—Il Congresso della Croce turchina (la *Croix Bleue*) ha deciso di chiedere che venga introdotto nelle scuole l'insegnamento antialcoolico, e che, con efficaci provvedimenti di polizia sia limitato il consumo dell'assenzio.

UTRECHT. *La chiusura del Congresso internazionale di oculistica in Olanda.*—Il 18 si chiuse il VII Congresso d'oculistica al quale parteciparono oltre trecento oculisti d'ogni paese.

Gli oculisti italiani intervenuti si sono fatti molto onore.

Ebbero speciali congratulazioni per le loro sapienti comunicazioni del prof. Reymond di Torino, ed il dott. G. Lavagna, direttore dell'Istituto oftalmico « Principessa Alice » di Monaco.

AMSTERDAM. *Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia.* — Al Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia tenutosi ad Amsterdam in questo mese di agosto, (il cui comitato organizzatore è composto dai professori Treub, Veit e Martin), dietro proposta del dott. Mendes di Leon, sono stati invitati i ginecologi tedeschi Leopold di Dresda e Amann di Monaco.

NEW-YORK. *Ambulanze automobili.* — Il *New-York Herald* narra che per la prima volta a Nuova York nella settimana scorsa si adoperò una vettura automobile come ambulanza per trasportare all'ospedale un uomo che moriva d'emorragia.

Mercè la rapidità di questo mezzo di locomozione il disgraziato che perdeva tutto il suo sangue potè esser curato a tempo e salvato.

BERLINO. *Un monumento a Kneipp.*—Si ha da Woerishofen: È stato inaugurato un monumento all'abate Kneipp, l'inventore della famosa cura acquatica. Sopra uno zoccolo in marmo rosso, donde scaturisce un getto d'acqua, sorge il busto in grandezza naturale del fondatore del *Kneippireum.*

Come iscrizione questa divisa: *Nostra est aqua.*

BERLINO. *Concorso a premio.*—Al Congresso per la tubercolosi, si è stabilito un premio per il miglior lavoro su « La tubercolosi come malattia contagiosa e mezzi per combatterla »; le condizioni sono le seguenti: Lo scritto deve essere di facile comprensione poichè destinato al popolo e non deve avere una estensione maggiore di 3-5 fogli di stampa. Il premio è di 4000 marchi, e può essere diviso fra due concorrenti, se entrambi avranno presentato due buoni lavori. Il lavoro premiato poi sarà stampato a spese del Comitato. Il termine per la presentazione dei temi scade il 4 dicembre. S'invieranno al professore Fränkel (Berlino, Bellevuestrasse 4) accompagnate da un motto.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

A. Muggia. Contributo allo studio del mixedema infantile. Estratto dal *Morgagni* n. 7 1899 Milano.

A. Nacciarone. Relazione e considerazioni sulle tre conferenze tenute nell'Aula magna dell'Università di Napoli dal prof. Otto Von Schrön 1899.

A. Mosso, Riviste dei lavori scientifici italiani. estratto degli *Archives de biologie*, tom. XXXI. fasc. II. Torino 1899.

E. De Renzi e G. Boeri. Sull'azione curativa del tiocolo « Roche ». Estratto dalla *Nuova Rivista clinico-terapeutica,* n. 6 giugno 1899, Napoli.

L. Bordoni. Sul sonno apnoico. Vallardi Milano 1899.

E. Sciamanna. Sopra due sorelle microcefale Frat. Capaccini, Roma 1899.

E. Calamida Pinto. Tecnica della laparotomia. Estratto dal *Morgagni*, n. 3, 1899, Milano.

D. Barduzzi. In memoria del dottor prof. cavaliere Alessandro Cantieri, XVI aprile 1899, Siena.

L. Bordoni. Commemorazione del prof. Alessandro Cantieri, Siena 1999.

Comune di Torino. Ufficio d'igiene. Relazione del servizio batteriologico per l'anno 1896. Botta, Torino 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'ANATOMIA PATOLOGICA DEL PANCREAS

Il Klippel ha stabilito i caratteri anatomici del pancreas infettivo; egli distingue due gruppi d'infezioni: quelle con sclerosi del pancreas, quelle parenchimatose senza sclerosi. Le prime si osservano quando l'affezione decorre in modo sub-acuto o cronico; le seconde sono l'appannaggio delle malattie a decorso francamente acuto. La sclerosi può essere peri-lobulare, intra-lobulare, acinosa. Queste due ultime sono accompagnate sempre da lesioni cellulari (tumefazione torbida, necrosi da coagulazione, degenerazione granulosa e granulo-grassosa, disorientazione cellulare con conseguente distruzione della struttura acinosa). Come lesione accessoria si riscontra l'atrofia semplice del pancreas. Il Klippel assegna alla sclerosi peri-ed intra-lobulare un'origine connettivale ed alla sclerosi acinosa un'origine epiteliale.

Per quel che concerne le pancreatiti emorragiche acute Hlava distingue un infarto per embolia o trombosi, l'emorragia consecutiva ad una necrosi grassosa d'origine infettiva canalicolare, l'emorragia per azione tossica primitiva ed auto-digestione consecutiva. Secondo Hlava, l'acido cloridrico del succo gastrico produce la necrosi grassosa dei tessuti e la trombosi dei vasi, la stasi sanguigna che n'è la conseguenza dando alla lesione l'aspetto classico della pancreatite emorragica. Si ha aumento di volume e di peso del pancreas, che è duro, rosso-carico, totalmente infiltrato di sangue. Istologicamente le emazie, più o meno alterate, infiltrano il parenchima ghiandolare ed il tessuto interstiziale; esistono delle trombosi principalmente venose; non vi ha reazione flogistica, ma necrosi grassosa.

Il Wiglesworth, in un caso di emorragia acuta del pancreas, ha notato la possibilità e la frequenza degli scollamenti sanguigni sottocapsulari. Secondo il Carnot, a parte la pancreatite emorragica traumatica, le emorragie del pancreas sono quasi sempre determinate dall'infezione canalicolare della ghiandola, mediante il coli-bacillo emigrato dall'intestino, o l'enterite, o la litiasi biliare. Sperimentalmente il Carnot ha potuto determinare la pancreatite emorragica con le iniezioni intraghiandolari, canalicolari o duodenali del colibacillo virulentissimo; con le iniezioni di tossine microbiche (specie ditterica); con l'iniezioni di diastasi (papaina ad alta dose, estratto di pancreas di porco); con certi veleni (mercurio, morfina, cloruro di zinco). All'autopsia ha riscontrato: versamento sanguigno, generalizzato a tutto il peritoneo (fatto raro); infiltrazione sanguigna totale e massiva della ghiandola che era rossa, a lobulazione irriconoscibile, con porzioni intieramente nerastre; ematoma (più frequente). Il duodeno era spesso nei tre casi pieno di sangue proveniente dal dotto di Wirsung. Istologicamente ha costatato povertà, nel centro dell'ematoma, di cellule ghiandolari e di leucociti, capillari dilatati o scoppiati, cellule pancreatiche necrosate e quasi invisibili.

Charrin e Levaditi con l'iniezione intestinale di tossina tetanica o difterica, hanno ottenuto delle pancreatiti emorragiche tipiche. Il Roche dice che nei casi in cui si sopravvive, si può trovare, invece del sangue, un miscuglio di sangue e di liquido pancreatico, gli elementi figurati essendo stati completamente digeriti. Tuttle, Trollope, Carnot, hanno riscontrato una varietà speciale di emorragia del pancreas, nei casi di ulcera semplice della faccia posteriore dello stomaco, che, dopo aver contratto aderenze flogistiche con la faccia anteriore del pancreas, ulcera questa e finisce con l'aprire i vasi splenici, che si vedono beanti al fondo della saccoccia sanguigna.

Spesso nelle pancreatiti emorragiche è stata segnalata la necrosi grassosa dei tessuti vicini, specie del peritoneo (Flexner, Simmonds).

Per le pancreatiti suppurate l'Etienne riconosce tre modi di infezione: infezioni ascendenti canalicolari, il canale di Wirsung restando beante (sclerosi, cancro), o un ostacolo esistendo al corso dei liquidi escreti (tappo di muco o epiteliale, cancro o ulcera del duodeno, sclerosi, lombrico, litiasi pancreatica, adenopatie vicine); in tutti questi casi si tratta sempre del coli-bacillo o di certi microbi; infezioni per la via sanguigna, avendosi ora una localizzazione pancreatica d'una piemia, o una suppurazione pancreatica consecutiva ad una pileflebite (enterite); infezione per estensione in contiguità di una lesione vicina infetta (ulcera duodenale o gastrica). Anatomicamente si distingue: l'ascesso localizzato, spesso unico, raramente numeroso; la suppurazione diffusa (angio-pancreatite suppurata), sempre di origine canalicolare: il pancreas è grosso, giallastro, al taglio offre delle gocce di pus, che

escono dal centro degli acini o dagli orifizi dei canali: tutto l'organo è colpito fin dall'inizio; possono esistere delle lesioni di pancreatite.

Nel pancreas, quando la setticità dei germi è maggiore e l'organo è meno resistente si può aver la gangrena (Sikora, Page). Si può trovare: l'ascesso gangrenoso isolato, con parete brunastra e tomentosa, traversata da briglie connettivo-vascolari, contenenti una putrilagine nerastra e fetida, con o senza sequestri ghiandolari necrosati: l'infiltrazione gangrenosa diffusa (angio-pancreatite gangrenosa). Microscopicamente, come nelle suppurazioni, le lesioni aumentano in genere d'intensità a misura che ci si avvicina al centro dell'organo. I tre modi d'infezione di pancreatiti suppurate (via canalicolare, sanguigna; contiguità) sono applicabili alla gangrena del pancreas.

Una lesione importante del pancreas, perchè può essere una causa del diabete magro, è l'aplasia semplice del pancreas, segnalata dal Lancereaux negli adolescenti. Il pancreas pesa allora 35-50 grammi, è piccolissimo; la sua apparenza lobulata non si riconosce che in vicinanza dell'estremità splenica: il canale di Wirsung è piccolo, ma permeabile e d'aspetto normale; i tagli mostrano un pancreas normale. Quest'aplasia è attribuita dal Lancereaux ad un semplice arresto di sviluppo.

Nelle pancreatiti croniche domina sempre la sclerosi. Sperimentalmente Carnot le ha ottenute meccanicamente (legatura asettica del dotto di Wirsung) con iniezioni canalicolari di coli-bacillo, bacillo di Koch, ecc., con iniezioni di tubercolina o di alcool naftolato, tripsina, papaina a deboli dosi. Istologicamente si avea sclerosi di meccanismo sconosciuto e sclerosi consecutiva ad una iperleucocitosi. Nel 1° caso rientra la sclerosi di origine litiasica; nel 2° la sclerosi dei tubercolotici, delle infezioni diverse: nel 3° caso la cirrosi alcoolica del pancreas e quella dei tubercolotici. Il Klippel e poi il Carnot hanno descritto la sclerosi dei tubercolotici; la sua topografia è specialmente peri-lobulare e ad un certo grado acinosa; si associa a degenerazioni cellulari, varie, per nulla specifiche, e talvolta ad ipertrofia acinosa: la consistenza dell'organo è aumentata, i canali sono ispessiti. Charrin ha osservato due casi tipici di sclerosi in tubercolotici.

Nella cirrosi alcoolica del pancreas (Lancereaux), l'organo è molto voluminoso, consistente, con superficie leggermente granulosa, di colore giallo-biancastro, con piccoli gomitoli adiposi attorno; si tratta, infatti, sovratutto di steatosi e sovraccarica di grasso. Più raramente si osserva, una vera sclerosi retrattile, con lieve pigmentazione, che accompagna un fegato cirrotico. Il Lancereaux ha descritto anco una cirrosi palustre del pancreas, con pigmentazione accentuata, ocracea o brunastra.

Nelle infezioni talvolta si riscontra la cosidetta evoluzione acinosa ipertrofica, che, secondo Klippel, consiste in ciò: certi acini più voluminosi presentano delle cellule ipertrofiche a contorno nettamente prismatico, a nucleo più voluminoso; le cellule sono nettamente separate l'una dall'altra; il più spesso quest'ipertrofia acinosa si associa ad una sclerosi intra-lobulare o acinosa. Ci si potrebbe domandare se non si tratti in tali casi di un accenno di rigenerazione.

Nelle nefriti croniche Klippel e Lefas hanno osservato varie specie di sclerosi, la necrosi di coagulazione, la necrosi grassosa, l'evoluzione acinosa ipertrofica, l'edema e l'emorragia interstiziale, lesioni vascolari.

Nell'ateromasia le degenerazioni del pancreas sono difficili a determinarsi; la sclerosi senile del pancreas è moderata, pericanalicolare o mista (Klippel e Lefas).

La degenerazione grassa del pancreas occupa il più spesso la testa del pancreas e può estendersi al peritoneo ed al grande omento; il tessuto ghiandolare è giallastro, cereo, talvolta biancastro, di consistenza debole. Istologicamente si osserva la presenza di poche granulazioni grasse nel protoplasma cellulare, fino alla emulsione completa ed uniforme del protoplasma e del nucleo. Oltre all'infezione anco la stasi del succo pancreatico, favorisce, a parte le emorragie, lo sviluppo della degenerazione grassa.

Carnot, Sapiejro hanno descritti casi di tubercolosi del pancreas; or senza negare la possibilità di una tubercolosi vera del pancreas, si può dire che in tali casi si tratta di adenopatie pure od anche inter-pancreatiche (Klippel, Sendler).

Lo Schlesinger ha studiato il pancreas nella sifilide congenita; le lesioni sono rare e si presentano sotto forma di gomme.

Il Lefas in eredo-sifilitici ha osservato anco delle emorragie diffuse. Si conosce del resto assai poco della sifilide del pancreas.

Il riassunto delle nostre conoscenze attuali sul cancro primitivo del pancreas, è stato fatto da Richardière e Carnot.

E' colpita per lo più la testa dell'organo che diviene aderente, grossa, magari quanto un pugno, grigio-gialla, di consistenza uguale a quella del fibroma; la massa sporge nel duodeno comprimendo prima il coledoco e poi il dotto di Wirsung. Attorno esistono delle aderenze fibrose con lo stomaco, il diaframma, la vena cava, il fegato, la porta, l'aorta, il piloro, i quali tre ultimi possono essere compressi. Il corpo e la coda del pancreas sono atrofici, duri, sclerotici; i canali sono dilatati, talvolta contengono degli ascessi. Istologicamente esistono due tipi: il tipo ghiandolare ed il tipo cilindrico, d'origine canalicolare. La generalizzazione si fa quasi unicamente al fegato sotto forma di isolotti spesso piccolissimi, in vicinanze delle venule portali. Benchè la sede del cancro primitivo sia la testa, pure esistono dei casi (Mager, Mayer, Ver-

straete e Danel) in cui il tumore ha occupato la coda del pancreas.

Le infezioni ascendenti ledono spesso assai profondamente i canali pancreatici (Carnot), i quali s'ingombrano di muco e di leucociti, e presentano la parete spessa e fibrosa, infiltrata di leucociti. Spesso i canali sono ectasici.

La litiasi pancreatica trae la sua origine nell'infezione di origine duodenale dei canali escretori, nella stessa guisa con cui l'angiocolite determina la litiasi biliare e la pielonefrite i calcoli del rene. Il pancreas è piccolo, ed il dotto di Wirsung o le sue branche principali contengono dei calcoli biancastri, sovente multipli, di circa mm. 8 di diametro, spesso aspri, di consistenza tenue. Possono coesistere degli ascessi, o cisti di ritenzione, o una sclerosi estesa (Biggs e Rolleston). Nei calcoli è contenuto del carbonato e del fosfato di calcio.

Le cisti del pancreas possono essere così classificate: cisti per ritenzione d'origine canalicolare, cisti d'origine ghiandolare. Le prime possono seguire alla litiasi, o ad ogni causa di stenosi o compressione intrinseca od estrinseca dei canali escretori; sono di volume variabile, con un contenuto ricco di sali di calcio. Le cisti ghiandolari (Adone, Tulasne) han sede per lo più nella coda, raramente nella testa del pancreas: di volume variabile, possono arrivare a contenere fino a 15-20 litri di liquido: assai raramente aderenti, sono sferiche, sessili, e contenenti un liquido sieroso, grigiastro o brunastro, con albumina e paralbumina, di reazione alcalina, possedente spesso le proprietà diastasiche del succo pancreatico; la parete interna di queste cisti offre l'aspetto come di una vescica a colonna: ed è spessa fino a cm. 2-4, fibrosa, formata da strati di connettivo adulto, contenente acini in via di trasformazione cistica, tapezzata da epitelio cilindrico. In vicinanza della cisti il tessuto ghiandolare è friabile, spesso in via di degenerazione adiposa. Queste cisti sarebbero degli epiteliomi cistici, il più spesso benigni.

BIBLIOGRAFIA

Klippel. *Arch. gèn. de mèd.* 1897. — Lefas. *Soc. de biol.* 1898; *Presse méd.* 1899. — Klippel et Lefas. *Arch. gènèr. de mèdec.*, luglio 1899. — Carnot. *Soc. de biol.* 1898; *Presse mèd.* 1898; *Th. de Paris*, 1898. — Charrin e Levaditi. *Soc. de biol.* 1899. — Tuttle. *Soc. path. New-York*, 1898. — Trolloppe. *Brit. med. Journ.* 1898. — Fripp. *Soc. clin Lond.*, 1898. — Simmonds. *Münch. med. Woch.*, 1898. — Etienne. *Arch. de mèd. expèr.*, 1898. — Simon. *The Lancet*, 1899. — Page. *Th. de Paris*, 1898. — Deguy. *Journ. des prat.* 1898. — Lancereaux. *Journ. de med. inter.* 1898. — Schlesinger. *Virchow's Archiv.*, 1898. Richardière et Carnot. Tr. de méd et thérap. de Brouardel et Gilbert. Paris, 1898. — Mager. *Wien. med. Presse*, 1899. — Mayer. *Wien. klin. Woch.*, 1898. — Verstraete et Danel. *Journ. Sc. mèd. de Lille*, 1898. — Nicolas. *Soc. de mèd. de Lyon*, 1897; *Gaz. hebd. de mèd. et chir.* 1897. — Biggs. *Soc. path. New-York*, 1897. — Rolleston. *Path. soc. of. London*, 1898. — Bas. *Th. de Lyon*, 1897-98. — Adone. *Th. de Bordeaux*, 1898. — Tulasne. *Th. de Paris*, 1898.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II Sezione chirurgica - Uomini

TUBERCOLOSI CRONICA MASSIVA EMATOGENA DEL RENE DESTRO. — NEFRECTOMIA

Dott. Giuseppe Castellana, chirurgo primario

(*Continuazione e fine*)

Operazione.—Scelta la via lombare che secondo la statistica del Tuffier dà una mortalità minore della via laparotomica, preferisco il processo di Guyon; cioè l'incisione retto-curvilinea che ha il grande vantaggio di potere essere prolungata a volontà.

Il giorno 27 luglio 1899 cloroformizzato l'infermo ho cominciato l'incisione a livello del bordo superiore dell'ultima costa obliqua e lunga, che in questo caso era appunto l'undecima, e l'ho continuato lungo il bordo esterno della massa sacro-lombare, distante nel mio ammalato sei centimetri dalla linea delle apofisi spinose. Trattandosi di un ragazzo, ed essendo quindi corto lo spazio tra il margine costale e la cresta iliaca ho stimato conveniente di portare l'incisione longitudinale sino ad un dito trasverso al di sopra della cresta iliaca. Di là ho continuato coll'incisione curva parallela alla spina iliaca, che ho terminato a 2 cm. in avanti della perpendicolare innalzata a livello della spina iliaca anteriore superiore. Incido i comuni tegumenti, le fibre del muscolo grande dorsale, l'aponevrosi del trasverso e metto allo scoperto il quadrato dei lombi, il cui margine esterno trasporto indietro a mezzo di un uncino smusso, metto così allo scoverto il foglietto anteriore dell'aponevrosi del trasverso che è una lamina cellulosa, spesso molto liscia, e che pel suo aspetto è stata talvolta confusa col peritoneo. L'è stato dato il nome di lamina di Zuckerkandl, perchè è stata da lui accuratamente descritta.

Incisa questa lamina sono caduto in mezzo ad un tessuto adiposo continuantesi colla capsula adiposa del rene. Anche l'incisione curvilinea anteriore è stata approfondita in modo da comprendervi i muscoli della parete anterolaterale dell'addome sino a raggiungere la fascia trasversale, che è stata rispettata. Completo

indi in alto l'incisione col taglio del legamento lombo-costale di Henle.

Il distacco dell'enorme tumore duro ed a grossi bernoccoli dalla capsula adiposa mi riuscì facile, non essendovi traccia di perinefrite. Dopo di avere interamente spogliato il tumore renale dall'atmosfera adiposa che lo circondava, legai separatamente l'uretere con filo di seta sterile, e poscia lo incisi in mezzo a due pinze. Continuo indi a spogliare accuratamente il peduncolo dal grasso che lo attornia, e dopo di averlo afferrato con un clamp, con un ago smusso gli passo in mezzo un doppio filo di seta sterile e lo lego in due metà. Tra il clamp e il rene taglio l'ultimo legame che lo tiene ancora vincolato, cioè il peduncolo vascolare, e così completo la nefrectomia. Tolgo indi il clamp ed affondo il peduncolo. In questo tempo dell'operazione l'ammalato è in preda a vomito ostinatissimo, che è seguito da grave difficoltà del respiro e cianosi intensa; ma colla respirazione artificiale e colle iniezioni di etere e caffeina subito si rimette.

Superato quest'accidente inquietante colloco un drenaggio di garza al iodoformio, che dalla capsula adiposa del rene arriva al punto in cui l'incisione longitudinale s'incurva per diventare trasversale. Faccio indi con fili di seta sterili un piano di sutura muscolare e poscia un piano di sutura cutanea. Durante l'operazione l'emostasia è stata fatta con fili di catgut rigorosamente sterilizzati.

Sul campo operatorio ventiquattro ore prima dell'operazione venne eseguito lo sgrassamento prima con sapone al sublimato, indi con terebentina e poscia con alcool; e dopo un prolungato lavaggio con acqua al sublimato venne applicato un impacco al sublimato. Durante l'operazione è stata usata acqua distillata sterile ed i batuffoli sono stati bolliti nell'acqua distillata. Le mani mie e quelle dei miei assistenti dopo di essere state accuratamente sgrassate collo stesso metodo usato per l'impacco, sono state lavate prolungamente con acqua al sublimato, e poscia lavate con acqua distillata sterile. Gli strumenti dopo di essere stati bolliti nella soluzione alcalina sono stati messi in bagno nella soluzione di solfo-fenato di zinco al 3 %. I fili di seta dopo di essere stati sgrassati coll'etere sono stati bolliti nella soluzione di sublimato all'1 ‰; ed i fili di catgut dopo di essere stati tenuti per 24 ore nella soluzione alcoolica di sublimato al 2 % sono stati conservati nell'alcool a 95°. Il campo operatorio venne circondato da lenzuoletti bolliti nella soluzione di sublimato all'1 ‰.

Eseguita la sutura del piano muscolare trasformo al solito l'operazione asettica in operazione antisettica: nettando il campo della operazione coi batuffoli inzuppati nell'acqua al sublimato. Dopo la sutura cutanea anche la pelle venne pulita coi batuffoli inzuppati nell'acqua al sublimato. Venne quindi a superficie asciutta applicata la medicatura antisettica consistente in garza al sublimato e cotone al solfo-fenato di zinco. La medicatura venne esternamente coperta da uno strato di guttaperca.

L'ammalato passò la notte un pochino agitata: nessuna elevazione termica; al fianco destro accusava un po' di dolorabilità. L'indomani rifeci la medicatura e rimosso il tampone di garza venne fuori un pò di sangue raccolto. Rimisi indi il tampone senza praticare alcuna irrigazione nel tramite della ferita e rifeci la medicatura. Tolsi la dieta assoluta e prescrissi il latte.

Il giorno dopo tornai a medicare il piccolo infermo, che trovai assai più calmo. Anche allora rimosso il tampone dal tramite drenaggiato venne fuori un po' di sangue, ma in minor quantità che il giorno precedente. Invece della garza introdussi un tubo a drenaggio sterilizzato coll'ebullizione. Nessun rialzo febbrile della temperatura. Nella terza medicatura, che praticai il quarto giorno, rimossi il tubo. L'infermo non avvertiva alcuna sofferenza, l'apiressia continuava, ma l'urina lasciava ancora un deposito muco-purulento. Stimai quindi conveniente di praticare le irrigazioni boriche che vennero poscia continuate giornalmente. Continuai ancora a prescrivere l'alimentazione lattea. Al sesto giorno al latte unii la pastina in brodo e le uova.

L'ottavo giorno la ferita essendo intieramente rimarginata levai i punti di sutura.

Il decimo giorno, nel fare le irrigazioni in vescica, il getto dell'urina ad un tratto si arrestò, ma subito si rimise coll'espulsione dall'uretra di un lungo cilindro di una sostanza densa e semitrasperente d'aspetto mucilagginoso. Il giorno 12 agosto essendo scomparso il muco dall'urina ed il ragazzo non soffrendo più nulla venne licenziato dall'ospedale. La guarigione era così completa da averlo visto l'indomani sano e contento girare a piedi per

le vie di Palermo insieme al padre che lo conduceva per la mano.

Alterazioni anatomiche del rene nefrectomizzato. — Il rene che è stato estirpato presenta una superficie liscia mammellonata. Superiormente uno di questi bernoccoli è assai più rilevato degli altri e presenta l'aspetto esteriore del rene. Il rene già indurito nell'alcool presenta un diametro trasversale di 15 cm. ed un diametro longitudinale di 11 cm.: pesa grm. 650.

Fatto il taglio del rene si trova la parete del bacinetto ispessita e riempita da una massa cremosa, che ha la consistenza della gelatina ed ha aspetto perlaceo, e che potrebbe paragonarsi al mastice dei vetrai. Questa massa è formata di epitelî desquamati, di colestearina e di pus. I coni midollari separati tra loro da sottili sepimenti sono riempiti da una densa massa opaca e biancastra che ha sostituito la sostanza renale distrutta. Con incisioni multiple del rene si trova che anche la sostanza corticale partecipa allo stesso processo, e che le diverse rilevatezze compreso il bitorzolo superiore sono riempiti dalla stessa massa densa ed uniforme, e sono separati dai coni midollari degenerati da un sepimento ispessito e sono altresì da sepimenti simili divisi in altrettante loggette, il cui contenuto è formato dalla riunione di diversi noduli caseificati. Tutto il rene è dunque trasformato in una massa unica opaca e biancastra che è il risultato della caseificazione dei noduli tubercolari e della distruzione della sostanza renale, e che per mezzo di sepimenti è divisa in tante loggette distinte e separate. Le loggette midollari non possono svuotare il loro contenuto nel bacinetto che è anch'esso riempito da una sostanza cremosa densa, e le loggette corticali sono intieramente separate dalle loggette midollari.

Al microscopio il contenuto di tutte queste loggette è d'aspetto uniforme. I sepimenti poi oltre all'infiltrazione nodulare presentano una straordinaria proliferazione connettivale. La stessa proliferazione connettivale e la stessa infiltrazione e disseminazione di noduletti grigi tubercolari si riscontra nelle pareti del bacinetto.

Il turacciolo, che al decimo giorno è venuto fuori dall'uretra, era stato sicuramente trasportato nell'uretere destro dal bacinetto prima dell'operazione. Esso aveva gli stessi caratteri del contenuto del bacinetto. Nell'uretere stesso non potè formarsi perchè questo non presentava alcuna alterazione.

Le alterazioni del rene che ho ora descritto sono quelle della tubercolosi massiva che è stata descritta dal Monti nel 1878 e indi dal Noel Hallè, e che è stata poscia col mezzo di casi clinici illustrata da Marcel Sèe, Du Pasquier, Albarran e Cottet.

Il reperto anatomico ha così confermato il criterio chirurgico già adottato, dimostrando l'assoluta inutilità della nefrotomia e l'impossibilità del raschiamento delle masse caseose riunite in tante logge distinte e tra loro separate da sepimenti. Per buona fortuna la presunzione dell'integrità dell'altro rene è stata col fatto confermata dal regolare funzionamento della secrezione urinaria dopo l'operazione.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA DERMATOLOGICA DI VIENNA
Prof. Kaposi.

Sull' azione dei raggi Röntgen sulla depilazione

I raggi di Röntgen sono stati recentemente adoperati spesso come mezzo terapeutico, ed esiste anche su quest' argomento un giornale periodico.

Nelle diverse condizioni nelle quali sono stati adoperati i raggi di Röntgen, si sono constatate nei pazienti, come pure nelle persone che manipolavano coi raggi di Röntgen, delle alterazioni della cute, come caduta dei peli, arrossamento, infiammazioni ed anche gangrena.

Si cerca ora di utilizzare questo fenomeno a scopo terapeutico, per ottenere la caduta dei peli.

A Vienna si sono occupati di quest' argomento Schiff e Freund; ed hanno ottenuto alcuni effetti, specialmente la caduta dei peli, per esempio in donne con eccessivo sviluppo di barba.

Il primo caso, nel quale era stato fatto l'esperimento, concerneva un bambino, il quale presentava un *naevus pilosus* che occupava quasi tutto il dorso dalla regione della nuca fino alla regione sacrale.

In alcune sedute caddero in questo bambino tutti i peli. Sul significato di questo processo i succennati autori ed altri che hanno già fatte analoghe osservazioni, non hanno saputo dare la ragione. Kaposi nell'occasione della presentazione di quel bambino nella sua clinica ha creduto di poter dare una spiegazione del fenomeno, che dopo s'è dimostrata esatta.

In seguito i fisici accettarono la stessa spiegazione ed ora non avvi più dubbio ch' essa torna completamente.

Come si sa, si tratta dei cosidetti raggi catodici. Kaposi ha creduto di potere trarre l'azione di questa luce speciale in analogia coll'azione dell'insolazione, ed in ciò egli non ha avuto in mente non i semplici raggi calorifici, ma i raggi ultravioletti o chimici. Nell'insolazione si producono i fenomeni clinici dell'eritema: dapprima arrossimento vivace, iperemia flussionaria, poi iperemia paretica; i vasi vengono paralizzati, il punto rispettivo apparisce bleu-rosso, e passano 14 giorni e più prima chè i vasi riacquistino il loro tono e si riproduca un'epidermide normale. Si capisce che per la permeabilità dei vasi sia nello stato flussionario che nel paretico, possono aver luogo essudazioni sierose con formazione di vesciche e fuoriuscita di corpuscoli rossi del sangue con formazione di pigmento.

Ora l'argomentazione di Kaposi per spiegare l'azione dei raggi di Röntgen è la seguente: su quest'argomento non si posseggono altre esperienze precedenti che si possano adoperare per la spiegazione, fuorchè la somiglianza del quadro coll'alterazioni prodotte dall'insolazione. Quali sono l'alterazioni anatomiche, che rispondono ai fenomeni clinici dell'insolazione? Nell'insolazione si tratta d'una influenza che i vasi papillari superficiali, cioé i vasi dello strato papillare, subiscono dai raggi ultravioletti, onde si producono l'alterazioni succennate.

In qual modo si svolge l'influenza dei raggi di Röntgen? Kaposi ammette ch'essi hanno la proprietà di attraversare anche lo strato papillare superficiale, senza spiegare ivi la loro influenza. Quando però i raggi di Röntgen giungono sulle fasce, che sono un tessuto più spesso, vengono trattenuti. Kaposi non sa sicuramente se queste considerazioni fisiche sono esatte, ma dai fatti clinici si desume che gli strati profondi vengono influenzati dai raggi di Röntgen e non i più superficiali, i peli. Kaposi ha espressa quest'opinione perch'egli ha visto che l'arrossamento della pelle compare spesso solo otto giorni dopo l'azione dei raggi di Röntgen. Quando però compare un arrossamento della pelle, i vasi papillari superficiali debbono esser diventati iperemici. Come si spiega ora la tarda comparsa dell'arrossamento superficiale? I vasi profondi della pelle stanno nello strato sottocutaneo, quivi decorrono i tronchi arteriosi in direzione parallela alla superficie. Da questo si partono grossi rami, che attraversando tutto il *corium* risalgono e formano una rete vasale superficiale sub-papillare. Comparendo il rossore della pelle solo dopo 8 giorni, perfino dopo 14 giorni dall'ultima seduta, Kaposi ritiene che prima vengono modificati i vasi profondi e che poi l'irritazione si propaga per continuità agli strati superficiali. Ciò che nell'insolazione succede precocemente nei vasi delle papille cutanee, qui succede secondariamente nei vasi delle papille pilifere. Si produce una paresi dei vasi che irrorano le papille dei peli: in conseguenza della transudazione sierosa l'epidermide che circonda il pelo si rilascia, e con essa la connessione fra il bulbo del pelo e le papille ed il pelo deve cadere.

Che cosa accade inoltre? Kaposi aveva già espressa la sua opinione, che cioè dopo 3-4 5 settimane le anse vasali delle papille dei peli riacquistano il loro tono, come nell'eritema solare.

Se questo é il caso, dalle cellule basali delle papille dei peli debbono formarsi nuove cellule epiteliali che poi si portano in alto, diventano cornee, in altri termini i capelli crescono nuovamente.

Ciò che Kaposi aveva predetto in base a questa riflessione è anche accaduto. i peli ricrebbero. La perdita dei peli non è perciò duratura. Può darsi però che il crescimento dei peli venga arrestato duraturamente.

Essendo normali i vasi papillari, ha anche luogo una formazione normale d'epidermide, tostochè però i vasi papillari diventano atrofici, non ha luogo una seconda ricostruzione dell'epidermide. Ora si sa per esperienza che parecchi organi, se ostacolati nella loro funzione normale, adempiono anche sempre più incompletamente alla loro funzione. Così è possibile che con un'irritazione spesso ripetuta dei vasi delle papille pilifere queste non producono più peli normali, ma solo brevi monconi di peli, dei peli rachitici e che forse col tempo la riproduzione dei peli può cessare del tutto. L'idea di Kaposi, che i raggi di Röntgen stimolano i vasi profondi ha trovato la sua conferma da un'altra esperienza. Quando cioè non soltanto i vasi degli strati superficiali della pelle, ma anche i vasi profondi vengono alterati per lungo tempo in guisa che ne soffra la nutrizione degli elementi di tessuto che li circondano, s'origina la gangrena in massa (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n. 34, 22 agosto 1899).

Movimento biologico universale

1. Berger riferisce un caso di « **imperforazione del retto e della vagina** » osservato in una ragazza di dodici anni. Eseguita la plastica, e restaurato l'orificio anale, più tardi si ebbe ritenzione mestruale ed emocolpo, ed allora si dovette ricorrere ad un'altra operazione cioè alla restaurazione del condotto vaginale. (*Revue de chirurgie*, n. 8, agosto 1899).

2. Ferri descrive una « **estrazione di scheggia di acciaio coll'elettro-magnete** ». L'elettro-calamita adoperata all'uopo fu fatta costruire a Milano recentemente sul tipo di quella di Hirschberg e viene animata colla corrente di un accumulatore elettrico del tipo Bottini. L'elet-

tro-magnete colla sua estremità ottusa (disarmata di punte) può sostenere un peso di Kg, 1250 al. l'incirca. (*Archivio d' oftalmologia*, fasc. 1-2, luglio, agosto 1899).

3. LERMOYEZ tratta della « **contagiosità delle otiti medie acute** ». Ne riferisce sette casi e ritiene che tali malattie dell' orecchio medio sono contagiosissime e che negli ospedali bisogna isolare gli ammalati, specie i bimbi affetti da otite media acuta. (*La Presse médicale*, n. 64, 11 agosto 1899).

4. MARTIN tratta della « **rinoplastia** ». Berger, Pean e Delorme nella seduta del 7 marzo 97 della Accademia di medicina formularono alcune critiche sulla plastica nasale su scheletro metallico. Siccome tale metodo è stato preconizzato dal Martin, questi oggi risponde alle critiche degli autori, sostenendo la bontà del suo processo rinoplastico. (*Revue de chirurgie*, n. 8. agosto 1899).

5. MERLET si occupa « **della isteropessia vaginale per le retrodeviazioni uterine, descrizione del processo di Richelot** ». Dice che l'isteropessia vaginale è una operazione benigna, può essere adoperata con successo nella cura delle retro-deviazioni uterine riducibili ed anche irriducibili e dà campo alla gravidanza ed al parto di svolgersi normalmente. (*Thése de Paris*, 1898-99).

6. HARTMANN paragona i « **risultati ottenuti dalle castrazioni addominali** » con quelli ottenuti dalla isterectomia vaginale. La prima operazione è di molto superiore alla isterectomia *per vaginam*. In 40 castrazioni addominali totali per annessiti suppurate non ebbe a lamentare alcun esito letale. (*La Presse mèdicale*, n. 65, 16 agosto 1899).

7. GOUZDEV riferisce un caso di « **tubercolosi dell'ovaio** ». Si trattava di una multipara, la quale venne in clinica colla diagnosi di cisti ovarica. Fatta l'operazione effettivamente si trovò una cisti che fu estirpata, ma in seguito l'inferma morì per fatti di granulia tubercolare. La parete della cisti era tempestata di tubercoli. (*La Presse médicale*, n. 66, 19 agosto 1899).

8. RECLUS si occupa della « **esofagotomia per corpi stranieri** ». Ritiene che il paniere di Graefe, risponde bene allo scopo, e riferisce un caso da lui operato, di estrazione d' un soldo dall' esofago di un bimbo, mercè tale paniere. (*La Presse mèdicale*, n. 64, 12 agosto 1899).

9. RAMON GUITÈRAS riferisce « **dodici casi di ipertrofia prostatica trattati col metodo Bottini** », e conclude che questo metodo è quello che espone a minori rischi il paziente e che dà i migliori risultati. Fa notare con quanta prestezza gli ammalati si rimettano e si rinfrancano moralmente e fisicamente dai guai patiti. (*Medical Record*, n. 1499, 29 luglio 1899).

10. AVERBAKH riferisce i risultati delle sue ricerche su undici ammalati operati di « **tenotomia per strabismo** ». Egli afferma che sotto l' influenza dell'intervento sui muscoli retti si ha una vera e propria modificazione dell' astigmatismo. corneale. (*La Presse mèdicale*, n. 66, 19 agosto 1899).

CHIMICA CLINICA

Preparazione d'una carta sensibile di tornasole.

È difficile il procurarsi carta di tornasole sufficientemente sensibile per i bisogni dell'analisi. Dopo diverse prove, Wobbe raccomanda il processo seguente: si polverizzano 100 gr. di tornasole, e s'estrae con 1000 gr. d'alcool a 95° bollente. Questa quantità d'alcool si divide in tre parti: s'estrae dapprima con 500 cmc., poi di nuovo con 250 cmc. ed infine coi rimanenti 25 cmc.; ogni estrazione richiede mezz'ora; s'opera in un recipiente, in cui s'adatta un refrigerante a riflusso.

Si mette di lato l'estratto alcoolico, e si riprende il residuo con un litro d'acqua distillata. Si fa macerare per 24 ore, agitando frequentemente; si filtra e si divide il liquido in due parti uguali; l'una per la carta rossa, si tratta con un acido allungato (il migliore è l' acido fosforico); l' altra porzione si suddivide in due porzioni uguali, delle quali la prima si tratta coll'acido fosforico allungato fino a che comincia il rosso, poscia si mescola colla seconda porzione che riproduce il colorito bleu; si fa uso del liquido così ottenuto per la carta bleu.

La migliore carta da usare è la fine carta da filtro svedese, che deve lavarsi prima in acqua distillata fino a neutralità perfetta, poi disseccarsi.

Adoperando tutte le precauzioni in queste preparazioni, l' autore ha potuto ottenere le sensibilità seguenti:

1) Carta rossa della fine carta svedese:

Ammoniaca all' $^1/_{100000}$ - soda all' $^1/_{60000}$ (Reazione visibilissima).

2) Carta rossa di carta ordinaria:

Ammoniaca all' $^1/_{75000}$ - soda all' $^1/_{60000}$ (Reazione visibilissima).

3) Carta bleu della fine carta svedese:

Acido cloridrico all' $^1/_{100000}$ - Acido solforico all' $^1/_{80000}$. (Reazione immediata e visibilissima per l' acido cloridrico: l' acido solforico agisce a capo di qualche tempo). (*Le Médecine moderne*, n. 58, 16 agosto 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *American Iournal of the Medical Sciences* vol. 118, n. 2, 1899.

1. H. Fitz. **Il rapporto della dilatazione idiopatica del colon col tumore fantasma, ed il trattamento appropriato di tali casi colla resezione della flessura sigmoidea.** — Passando in rassegna i casi di tumore fantasma pubblicati nei diversi giornali medici, è evidente che i tumori timpanici descritti non hanno un significato uniforme. Essi variano non solo per l'estensione, ma anche per la durata, per la gravezza dei sintomi e per l'esito. Quantunque si trovino d'ordinaria in donne adulte e simulino per la sede e per la forma l'utero gravido al suo termine, ovvero una cisti ovarica, essi sono stati pure osservati in ragazze ed in maschi. I tumori fantasmi non sono necessariamente limitati alle persone isteriche. Quantunque la costipazione cronica, persistente o ricorrente, sia la regola, qualche volta si ha l'ostruzione intestinale acuta. Nella diagnosi dei tumori fantasmi dell'addome si dà importanza speciale alla loro scomparsa sotto l'anestesia.

Un fatto notevole nella storia di quest'argomento risulta dall'investigazione della letteratura periodica degli ultimi anni: negli ultimi 5 anni è stato pubblicato un numero considerevole di casi che per i loro caratteri simulano quelli del tumore fantasma, nei quali s'è dimostrato che il tumore altro non era che una dilatazione puramente del colon. Il sintoma più costante è la costipazione ed il segno più positivo è la distensione addominale. Sono evidenti due tipi di quest'affezione: in uno i disturbi cominciavano nei primi anni di vita, anche nell' infanzia, nell' altro la malattia diventa manifesta ad un'età più avanzata. La prima forma è spesso detta congenita. quantunque l' esattezza del termine sia questionabile. Pur ammettendo che in alcuni casi possa esistere una causa congenita per la dilatazione, bisogna riconoscere altresì che non havvi l'evidenza assoluta in questo punto. È più probabile che in alcuni pazienti la dilatazione cominci a tale intervallo dopo la nascita, da rendere molto dubbia l' origine congenita. Treves sostiene che tutti i casi di quest'affezione nei bambini sono dovuti a difetti congeniti nella parte terminale degl'intestini, che in questi casi v'è un'ostruzione meccanica attuale e che la dilatazione degl'intestini non è idiopatica. Un appoggio a quest'opinione s'ha nei casi riferiti da Dott e da Atkin, nei quali v'era stenosi spiccata delle porzioni dell'intestino largo. Vi sono però esempi ripetuti nei quali l'affezione s'inizia nella prima infanzia, progredisce più o meno continuamente ed alla laparotomia o all'esame praticato dopo morte non s'incontra verun segno di deformazione congenita degl'intestini. Sembra che stia più in armonia coi fatti l'ammettere che vi sono due varietà di dilatazione infantile del colon: una è dovuta indubbiamente ad un difetto di sviluppo, onde è una forma vera di dilatazione congenita, il risultato di una deformità degl'intestini esistente alla nascita e producente disturbi fin d'allora; l' altra fa la sua comparsa alcune settimane od alcuni mesi dopo la nascita, non presenta alcuna prova di arresto di sviluppo degl'intestini, e per motivi di classificazione dovrebbe dirsi idiopatica. La dilatazione infantile del colon può così essere congenita o idiopatica, ma una dilatazione congenita idiopatica del colon sarebbe da questo punto di vista una denominazione impropria. I casi idiopatici propriamente detti sono quelli in cui il primo fattore è un difetto nel potere espulsivo, che conduce gradualmente ad un accumulo più o meno abbondante di fecce e ad una dilatazione consecutiva della flessura sigmoidea, con un'evacuazione completa occasionale degl'intestini, ma con ritenzione ricorrente che si prolunga per un periodo maggiore. Slargandosi la porzione inferiore degl'intestini, specialmente la flessura sigmoidea, si stabilisce un impedimento meccanico acquisito allo svuotarsi del colon discendente, e forse di altre porzioni dell'intestino crasso, dando origine alla dilatazione ed all'ipertrofia della tunica muscolare.

Gli esempii pubblicati di dilatazione idiopatica resasi manifesta nell'età adulta sono relativamente pochi, ma possono pigliar posto sotto le stesse generali condizioni, come in questa varietà della serie infantile. Paragonando i casi di tumore fantasma cronico e di dilatazione idiopatica del colon a somiglianza dei sintomi delle due affezioni è fuori quistione. In entrambi v' è costipazione spiccata, che spesso produce ritenzione fecale. In entrambe v'è distensione timpanica dell'addome, spesso di grado elevato e presente per una serie di anni, in entrambe le malattie, esacerbazioni dei disturbi addominali accompagnano l' aumento di volume dell' addome. Il tumore fantasma non è necessariamente limitato a persone con tendenze isteriche, ed i pazienti col colon dilatato possono essere isterici o neurastenici.

La resezione della flessura sigmoidea per i casi di dilatazione idiopatica del colon o di tumore fantasma cronico toglie dall'addome la causa principale di distensione e d'un serbatoio fecale. La resezione può essere preceduta dalla colotomia, essa è indicata quando sono presenti sintomi d' ostruzione acuta. La colotomia però in tali casi è semplicemente un espediente temporaneo per togliere il paziente dal pericolo immediato e per permettergli di entrare in uno stato conveniente per la resezione. Quest'operazione è meglio intraprenderla quando il paziente è relativamente libero da qualsiasi affezione acuta.

2. I. M. Da Costa. **Casi di colecistite tifoidea terminati colla guarigione.**—Soltanto negli ultimi anni s'è riconosciuta la colecistite nella febbre tifoidea, ed essa è generalmente considerata quale una complicazione. Ed infatti è così nel maggior numero dei casi. Da Costa ha precedentemente riferito i risultati di 58 casi di colecistite tifoidea da lui messi insieme: di essi 39 morirono, 15 guarirono, in 4 il risultato fu incerto o non venne menzionato. Sembrerebbe quindi che la colecistite tifoidea sia fatale nei due terzi circa dei casi. Pure è probabile che, studiando l'argomento più davvicino ed imparando a riconoscere più prontamente questa complicazione della febbre tifoidea si trovi che la guarigione è più frequente di quel che si supponga. Da Costa descrive 3 casi di colecistite tifoidea, osservati nell'ospedale di Pensilvania in persona di due soldati ed uno in una fanciulla. Nel primo caso nel quale era manifesta la profondissima infezione tifoidea, la colecistite fu relativamente leggiera. V'era dolore nella regione della vescichetta biliare, ma non tumore e se non fosse stato per l'itterizia che, sebbene di grado leggiero, fu quella che attrassse l'attenzione, molto probabilmente la complicazione sarebbe stata trascurata. Il 2° caso è istruttivo perchè mostra come il dolore e la sensibilità, ed anche il tumore precedono l'ittero il quale, invece, può manifestarsi soltanto colla presenza della bile nell'urina o può essere completamente assente. La temperatura non risalì col sopravvenire della complicazione, essa era già alta e declinò col manifestarmi dei sintomi evidenti della malattia. I sintomi furono abbastanza spiccati, ma non tipicamente violenti, come nel 3° caso. In questo la violenza del dolore costituiva il sintoma prominente, esso era aggravato dal vomito incessante. Eravi itterizia spiccata. La gravità dei sintomi aveva fatto pensare all'intervento chirurgico, ma la ragazza cominciò a migliorare spontaneamente e guarì. Dall'assenza del sudore e dai brividi di freddo, Da Costa ritiene che la colecistite non fosse stata purulenta. Questo è il caso più spiccato di colecistite tifoidea terminato in guarigione osservata dal Da Costa. È degno di nota che in esso la colecistite si svolse dopo l'inizio della convalescenza. Mentre la colecistite nella febbre tifoidea è una complicazione che di ordinario insorge nella 3ª o 4ª settimana della febbre. La cura consiste nella somministrazione di dosi frazionate di calomelano, ripetute frequentemente, nel combattere la nausea e nell'uso locale di ghiaccio o di cataplasmi. Deve prima provarsi il ghiaccio che secondo Da Costa, è più efficace. Può anche farsi uso della rivulsione con fomenti di trementina o con jodo. Per alleviare il dolore sono necessarie le iniezioni ipodermiche di morfina ed in alcuni casi bisogna sostenere la circolazione colle niezioni ipodermiche di stricnina e di digitale.

3. A. E. Taylor. **L'influenza di diverse diete sull'eliminazione dell'azoto urinario dell'urea dell'acido urico e delle basi puriniche.**—Questo lavoro è il risultato di numerose ricerche istituite dall'autore su sè stesso con diverse alimentazioni.

4. E. Brill ed E. Libmann. **Bacillosi piocianea.**—Il caso riferito riguarda un giovane di 23 anni che ammalato da 2 settimane venne ammesso all'ospedale presentando itterizia, febbre irregolare e prostrazione; il quadro insomma d'un ittero infettivo. Fu fatta diagnosi di setticoemia ed il reperto dello stafilococco aureo nelle culture del sangue confermò quell'idea.

Dopo due settimane l'itterizia era del tutto scomparsa, la temperatura s'avvicinava alla norma, ed il paziente era tanto migliorato che gli venne permesso di alzarsi L'infermo la cui pelle era di colorito giallo-limone, presentava il quadro clinico dell'anemia perniciosa. L'esame del sangue confermò questo fatto; non c'era leucocitosi, quantunque l'anemia fosse secondaria. In seguito si svolsero i sintomi di un ascesso metastatico nel muscolo vasto esterno e la temperatura s'elevò. Infine ritornarono l'itterizia ed altri sintomi, la febbre raggiunse gradi elevati ed il fegato si trovò ingrandito. L'esame del sangue svelò la presenza del bacillo piocianeo. La temperatura s'elevò moltissimo ed il paziente morì con sintomi di necrosi spiccati. Nelle culture fatte all'autopsia dall'ascesso si sviluppò lo stafilococco aureo a conferma della prima coltura fatta durante vita, e gli organi tutti presentarono un numero enorme di bacillo piocianeo. In breve si trattò d'un caso di stafilococcoemia, con una sola metastasi in un muscolo, fatto per sè non comune, seguita da invasione piocianea. La porta d'ingresso restò sconosciuta.

5. W. S. Cheesman e W. S. Ely. **Un caso di effusioni emorragiche primarie nella pleura e nel peritoneo.**—Questo caso si riferisce ad una donna la quale, godendo del resto buona salute, presentò delle effusioni emorragiche dapprima nel cavo pleurico destro, poi nel sinistro e finalmente nel cavo peritoneale, le quali scomparvero dopo sei anni e mezzo al periodo della menopausa.

Come causa, non si poteva invocare la trombosi della vena azigos, la quale può essere la causa possibile delle effusioni pleuriche, ma in nessun modo di quella peritoneale. Nemmeno poté ammettersi un semplice processo infiammatorio, nè una tubercolosi delle sierose, tanto meno un tumore maligno delle membrane sierose. Per via di esclusione bisogna considerare il detto caso come un caso d'effusione emorragica primaria.

6. R. B. Greenhough e E. P. Ioslin. **L'ulcera gastrica nell'ospedale generale di Massachusetts, 1888-1898.**—Nel decennio 1888-1898 entrarono nell'ospedale 187 casi d'ulcera gastrica

su 13097 infermi, il che dà una percentuale di 1,4 % la quale corrisponde colle conclusioni di Welch. L'asserto di questo, che cioè la malattia è in generale più comune nei paesi nordici, è parzialmente confermato dalle statistiche dell'autore essendosi l'ulcera gastrica trovata più frequente in Boston anzichè in Chicago, Baltimora, Keuse o San Francisco. Riguardo al sesso, 157 dei detti casi concernevano persone di sesso femminile, e soltanto trenta di sesso maschile, il che fa una proporzione di 5 ad 1. L'età dei pazienti corrisponde perfettamente a quel ch'è stato già scritto su quest'argomento, essendovi gli estremi di 8 e 67 anni rispettivamente. L'età media nell'uomo fu di 37 anni, nella donna di 27. Il trauma, come momento causale, non potè constatarsi con evidenza sufficiente si da meritare discussione. Il mestiere, per quanto si può dedurre dalle statistiche presentate dagli autori, ha una parte affatto insignificante nella produzione della ulcera. L'emorragia fu presente nell'81 0[0 dei casi, causò la morte del 17 0[0 dei maschi, ma dell'1, 17 0[0 delle donne. Nessuna donna che aveva meno di 30 anni morì di emorragia di ulcera gastrica durante questo periodo.

Il sangue fu quello del tipo clorotico dell'anemia. La perforazione si ebbe nel 3,2 0[0 dei casi e nessuno di questi pazienti lasciò vivo l'ospedale. Di 114 pazienti 80 0[0 furono licenziati guariti o migliorati, ma alla fine d'un periodo medio di 5 anni soltanto il 40 0[0 rimasero sani. La mortalità nello stesso tempo (dovuta alla malattia gastrica) fu del 20 0[0. Per i maschi fu del 30 0[0, per le donne del 9 0[0. L'eccessiva mortalità dell'ulcera fra i maschi, l'occorrere di essa una decade più tardi che nelle donne e l'assenza di casi fatali d'emorragia nelle donne indicano una differenza della ulcera nei due sessi. La mortalità dell'8 0[0 e la insufficienza della cura medica a produrre la guarigione permanente nel 60 0[0 dei pazienti indica il bisogno dell'intervento chirurgico.

7. I. N. Henry. **Un caso di due fratture separate occorse nella stessa rotula con un intervallo di otto mesi.**—Questo caso concerne un individuo che, essendo scivolato nel camminare si produsse una frattura della rotula sinistra. All'ospedale si trovò che un po' meno di 8 mesi prima l'individuo avea riportato precedentemente una frattura della stessa rotula. L'infermo asseriva che le due fratture non avevano avuto luogo allo stesso posto, ma che la prima s'era prodotta un pollice circa al di sotto della seconda. Non potendosi scoprire dall'esame fisico l'evidenza dell'esistenza di due fratture, si ricorse all'esame coi raggi di Röntgen, il quale confermò l'asserto del paziente.

8. I. N. Isall. **Ostruzione bronchiale per suppurazione delle ghiandole bronchiali.**—Riferisce un caso clinico, nel quale per via d'esclusione doveva ammettersi la diagnosi di ostruzione bronchiale per suppurazione delle ghiandole bronchiali, non potendo alcun altra diagnosi spiegare tutte le condizioni presentate dall'infermo.

FORMULARIO

Iniezione antiblenorragica per l'uomo

Gallobromolo	gr. 4
Acqua distillata } . . .	ana gr. 100
Glicerina }	

Contro i condilomi

Calomelano	gr. 30
Acido borico.	» 15
Acido salicilico	» 5

Per applicazioni locali 2-3 volte al giorno.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste in Asia e in Europa

Nella scorsa settimana si sono verificati ventiquattro casi di peste. I casi sono meno numerosi che in altro periodo. ma la mortalità è maggiore.

Nel distretto di Samara, in Russia, la peste mena strage. Nella sola città di Zarysin muoiono di peste più di trenta persone al giorno.

Innanzi alla possibilità che la peste bubbonica si propaghi dal Portogallo alla Spagna, il ministro dell'interno spagnuolo ha deciso di impiantare in Madrid uno stabilimento ed un laboratorio per la fabbricazione del siero contro la peste.

Si spera così di poter disporre di una abbondante quantità di detto siero, entro due mesi a dir molto.

Ad Oporto continua l'agitazione.

Il governo pareva che avesse rinunziato ad isolare la città mediante un cordone, temendo gravissimi disordini.

Intanto, la folla incosciente attaccò il laboratorio del dottore Yorge che studia i batterii della peste. La polizia disperse i tumultuanti; le botteghe vennero chiuse, e furono fatti molti arresti.

Il 21 si manifestarono ad Oporto 4 casi di peste, fra cui due fulminanti. Un grande folla si adunò davanti al laboratorio muncipale facendo una violenta dimostrazione contro il dottore Jorge.

Il governo francese, giustamente preoccupato delle apprensioni dell'opinione pubblica per lo sviluppo della peste bubbonica in Portogallo, impartì ordini severissimi alle autorità marittime perchè applichino rigorosamente le misure sanitarie alle provenienze dai paesi infetti, oppure sospetti.

Intanto il comitato consultivo d'igiene ha voluto l'applicazione nei porti francesi delle misure seguenti :

Lazzaretti — Per impedire la penetrazione dei topi, si otturino tutte le aperture possibili e quelle che debbono per necessità stare aperte, si muniscano di apparecchi protettivi, come schermi metallici (che sono i migliori). Quando già esistono nel lazzaretto topi, si uccideranno colle preparazioni alimentari tossiche note e poi immediatamente si bruceranno. Se si nascondono in locali difficilmente accessibili, si farà uso di gas asfissianti come l'acido solforoso alla dose di 40 grammi per metro cubo. I luoghi dove si raccolgono i topi saranno lavati con le soluzioni disinfettanti in uso nei lazzaretti.

Navigli.—1° Quando una nave trovasi approdata alla banchina le gomene e il cordame dovranno essere muniti di apparecchi protettivi come gli schermi metallici, per evitare che i topi per il cordame penetrino o escano dal naviglio. Le passerelle devono essere tolte durante la notte. Prima di caricare la nave bisogna assicurarsi che non esistano topi, se se ne trovano si useranno i mezzi su indicati per distruggerli. Il naviglio si disinfetti coll' acido solforico nei punti però dove si crede che possano soggiornare i topi. Gli altri locali debbono essere disinfettati con la soluzione salata di sublimato all'1 °/₀₀. I cadaveri dei topi debbono essere bruciati.

2. Se la nave è in corso di traversata, è indispensabile che si serva di tutti i mezzi per distruggere e bruciare i topi che eventualmente vi penetreranno, malgrado le precauzioni prese alla banchina.

3. Quando una nave arriva, il medico sanitario deve indagare, con grande attenzione, sulla presenza dei topi a bordo. Se se ne trova qualcuno si procederà allo esame batteriologico per vedere se sventuratamente sia appestato. Nell'affermativa si procederà alla disinfezione accurata del naviglio, dei bagagli dei viaggiatori e dell'equipaggio, si faranno delle fumigazioni solforose e i cadaveri dei ratti saranno bruciati. In caso contrario il naviglio potrà avere libera pratica, dopo l'applicazione delle misure di disinfezione regolamentari.

I sotto-ufficiali pedicuri

È questo un ufficio di recente istituito nell'esercito inglese, allo scopo di vigilare ciò che è spesso trascurato in tutti gli eserciti. La fanteria deve fare delle frequenti e lunghe marcie; le prescrizioni igieniche sono dimenticate o per l' ignavia o per l'ignoranza del soldato,

Il corpo medico ha ben altre cure da attendere per accollarsi anche un siffatto incarico, che del resto fa parte della bassa chirurgia.

Avviene quasi sempre che il soldato ha maggiore cura del proprio cavallo che di sè stesso: ma questa trascuranza diventa più grave per i soldati di fanteria, che devono allenarsi alle marcie ed essere capaci di riparare a tutte le molestie che ne derivano alle estremità inferiori. Perciò l' istituzione di sotto-ufficiali pedicuri è stata accolta con molta soddisfazione dai soldati come dagli ufficiali inglesi.

E la innovazione è sembrata così provvida e pratica, che alcuni giornali francesi la vogliono veder presto applicata anche nell'esercito francese. L' esempio potrebbe essere utile anche all' Italia.

GAZZETTINO

BASSA-AUSTRIA. *Deontologia medica.* — La Camera sindacale dei medici della Bassa-Austria ha deciso che i pratici che cureranno gli ammalati per mezzo di corrispondenza, senza previa conoscenza del soggetto, saranno deferiti al giurì d'onore della corporazione.

SALZBURG. *Congresso di psichiatria e di neurologia.*—Il 24 e il 25 settembre avranno luogo a Salzburg le sedute del Congresso psichiatrico e neurologico. Hanno aderito i seguenti professori: Pick e Margulies di Praga, Mayer di Insbruck, Wagner, Redlich, Kuun, Schlesinger, Hirschl, Elzholz, Bischoff e Raimann di Vienna, Anton, Fritz Hartmann di Graz, e Kure di Ieddo. Per ulteriori informazioni rivolgersi al dott. Schweighofer, direttore del Manicomio di Salzburg.

VIENNA. *Resoconto annuale dell'Ospedale di S. Anna pei bambini.*—Nel corso dell'anno 1898 all'Ospedale di S. Anna pei bambini, sono stati curati ambulatoriamente 30346 bambini, a 185 si sono fatti degli innesti, e 1603 sono stati curati nell'ospedale, 73 erano dell'anno precedente, 1159 bambini vennero licenziati guariti, 100 migliorati, 50 peggiorati o nelle identiche condizioni, 227 morti. La percentuale della mortalità sarebbe del 14,16, 519 bambini difterici furono curati col siero, e si ebbe una mortalità dell'11, 36 0[0, mentre nel 1897 la mortalità per difterite fu del 13,63 0[0 e nel 1896 del 17,44 0[0.

In 94 infermi in seguito a laringo-stenosi difterica fu eseguita ora l'intubazione ora la tracheotomia (28 volte). La percentuale di mortalità degli operati raggiunse il 21,02.

VIENNA. *Statistica degli ospedali civili.* — Dal 30 luglio al 5 agosto 1899 incluso, sono state ricoverate negli ospedali civili di Vienna 5813 persone. Ne sono state licenziate 1377 e ne sono morte 144 (9,47 0[0). Sono state denunziate tanto dagli ospedali, che dalla pratica civile, le seguenti malattie infettive: Difterite 32 casi, oftalmia egiziana 1, tifo addominale 12, varicella 11, scarlattina 32, morbillo 179, pertosse 30, erisipela 30, febbre puerperale 3, roseola 2.

VIENNA. *Bollettino sanitario della milizia, del mese di maggio 1899.*—Nel mese di maggio sono rimasti ammalati 1558 uomini di truppa, fra 72900 in ottime condizioni di salute. Si sono avute le seguenti malattie: Morbi infettivi acuti 270 (morti 9), tifo ad-

dominale 32 (+ 5), dissenteria 3 (+ 1), malaria 636 (+ 3), tubercolosi polmonare 43 (+ 8), tracoma e congiuntivite blenorraggica 90. Malattie veneree e sifilitiche 1695, scorbuto 3, catarro della congiuntiva ed herpes della medesima 507, catarro bronchiale acuto, infiammazioni catarrali del polmone 1561 (+ 4) pneumonite crupale 158 (+ 11), pleuriti 168 (+ 3), catarro gastrico, enterite acuta e itterizia catarrale 1187 (+ 1), reumatismo articolare 328 (+ 1), lesioni riportate nelle marce a cavallo 452, ferite accidentali del corpo 1832 (+ 8).

VIENNA. *Domanda di costruzione di una nuova casa di salute.* — La presidenza della « Società dei medici di Vienna » per mezzo del suo presidente prof. Chrobak e del segretario prof. Paltauf, ha inviato al presidente dei ministri conte Thun e al ministro di giustizia e dei culti, conte Bylandt-Rheidt, un memoriale per ottenere l'autorizzazione di costruire una casa di salute.

VIENNA. *Protesta contro il nuovo ordine di associazione.* — I medici dell'Austria meridionale hanno protestato contro il nuovo ordine di associazione, in quanto essi sono posti in terza linea, mentre gli avvocati, i notai e i preti cattolici lo sono in prima.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo — Palermo

R. Massalongo e S. Silvestri. La temperatura locale nella febbre tifoide. Estratto dal *Policlinico* vol. VI M. Roma 1899.

A. Motta-Coco. Virulenza del b. coli per azione dello streptococco e stafilococco piogene e dei loro prodotti; studio complementare sulla etiologia delle febbri intestinali, Milano. Vallardi 1899.

C. Gioffredi. La lavatura dello stomaco nelle infezioni e nelle intossicazioni. Estratto dal *Giornale Inter. delle Sc. med.* Anno XXI, Napoli 1899.

R. Galfano. Alcune osservazioni sulla vaccinazione antivaiolosa, Marsala, Giliberti, 1899.

A. Bruschettini. Contributo allo studio della febbre gialla sperimentale, Milano, Vallardi 1899.

G. Bellisari. Sul potere glicolitico del sangue venoso. Estratto dall' *Archivio internazionale di medicina e chirurgia*, 1899.

C. Baduel. L' infezione diplococcica (diplococco di Fränkel. Estratto dalla *Riforma medica*, n. 15 anno XV, Palermo 1899.

F. Abba e G. Piccardi. Sopra un nuovo caso di pustola carbonchiosa curato col siero Sclavo. Estratto dal *Bollettino del Policlinico generale di Torino*, 1899.

F. Abba. Sopra un caso di carbonchio umano curato col siero Sclavo. Estratto dalla *Riforma medica*, n. 45. anno XV, Palermo 1899.

E. Oddono. Su di un rene in ectopia pelvica congenita e sulla segmentazione del rene. Estratto dal *Bollettino della società medico-chirurgica di Pavia.* 1899.

S. Riva-Rocci. Il trasudato pleurico destro nelle cardiopatie. Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino*, n. 21, XLX, 1899.

G. Cipriani. Contributo alla patogenesi ed alla terapia della pica clorotica. Milano, Società editrice libraria, 1899.

G. Bufalini. La Peronina, nuovo anestesico locale, Firenze, società tip. fiorentina, 1899.

U. Mosso. Sull'azione emetica e purgativa della *aleurites cordata.* (Wood-oil). Estratto dalla *Riforma medica*, n. 139, 140, 141. Anno XV. Palermo 1899.

L. Scabia. Il tribromuro di salolo nell'epilessia, suo valore sedativo ed ipnotico nelle malattie mentali, Torino, Spandre e C., 1899.

E. Parona. Il salicilato di sodio a dosi alte e medie per la via rettale nel reumatismo articolare acuto e nell'attacco gottoso. Estratto dal *Morgagni*, n. 4, Milano 1899.

S. Riva-Rocci. La stagione del 1898 a Courmayeur; saggio di climatologia medica. Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino* XLX n. 22-23 1899.

V. Cervello. Sulla cura della tubercolosi polmonare. Comunicazione fatta alla R. Accademia delle scienze mediche di Palermo il 29 aprile 1899.

E. Giordano. Ferita d'arma da fuoco dell'arteria renale; nefrectomia. Estratto dall' *Arte medica.* Anno 1-1899. Milano. Vallardi.

L. Paoletti. Su di alcuni rapporti esistenti tra mestruazioni e neoplasmi dell' utero e degli annessi. Estratto dalla *Rassegna di ostetricia e ginecologia.* Napoli 1899.

T. Secchi. Osservazioni istologiche su di un caso di pemfigo vegetante. Bologna, Gamberini e Parmeggiani 1899.

P. Andriani. Sulla trasmissibilità della sifilide per vie extragenitali (sifilide trasmessa per morso). Estratto dalla *Gazzetta internazionale di medicina pratica;* n. 6, Napoli 1899.

L. Rugani. Un caso di labirintite doppia da sifilide acquisita. Estratto dal *Giornale medico del R. Esercito*, giugno, Roma 1898.

CONCORSI E CONDOTTE

Monte Scudo (Forlì)—Condotta medico-chirurgica a cura piena. Stipendio annuo L. 3000 compresevi L. 200 come ufficiale sanitario. Scadenza 1° settembre.

Megliadino S. Fidenzio (Padova). Medico chirurgo ostetrico, Stipendio L. 3400. Scadenza 15 settembre.

Niguarda (Milano). Concorso per sanitario L. 2050 nette. Scadenza 31 agosto.

Portomaggiore (Ferrara). Concorso per medico chirurgo primario e Direttore dell'Ospedale. Età non più di 40 anni. Stipendio L. 3700. Scadenza 31 agosto.

Isole di S. Stefano (Napoli). Medico chirurgo presso l'ergastolo di S. Stefano, cura ai condannati, agli impiegati ed ai militari del distaccamento. Obbligo di residenza permanente. Stipendio L. 2200 più indennità di residenza da L. 150 a 300. Domande alla Prefettura (Gabinetto). Scadenza 31 agosto.

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LE AFFEZIONI PARASIFILITICHE DEL LARINGE

La predilezione della sifilide per il laringe ai suoi differenti periodi è ormai accettata da tutti i medici e confermata da numerose osservazioni. Tra le differenti manifestazioni morbose di quest' organo, ve ne sono di ordine incontestabilmente specifico, e di altre che, pur non avendo nulla di sifilitico come natura, non restano perciò meno sifilitiche d'origine.

Si sa che la sifilide costituzionale non rispetta alcuno dei tessuti che entrano nella conformazione del laringe: la mucosa, le cartilagini, i muscoli, i nervi possono essere interessati nel periodo infiammatorio in qualche caso, nel periodo neoplasico nella maggior parte dei casi. I meravigliosi successi della cura specifica, che, grazie ad una diagnosi esatta, colpiscono così spesso i malati ed i medici stessi. fino ad allontanare i sintomi più pericolosi e ad evitare la tracheotomia sono evidentemente legati alle manifestazioni specifiche, capaci di una rapida regressione sotto l'influenza d'una cura appropriata. Al periodo terziario, le infiltrazioni gommose limitate a certi punti o piuttosto diffuse, fanno scoppiare i sintomi di una stenosi grave, progressiva; con l' esame laringoscopico non si giunge a scoprire l' ulcerazione, si trova solo un edema classico che fa sospettare il punto di partenza. La medicazione ipodermica compie dei veri prodigi; l'ulcerazione si arresta, l'edema e la dispnea scompaiono, la voce ritorna, il malato è fuor di pericolo; ma, talvolta capita che un malato, vittima di una ulcerazione guarita, ricominci a soffrire: la dispnea aumenta di giorno in giorno: si ricomincia l'istessa cura, ma questa volta l'insuccesso è immenso. L' esame laringoscopico mostra che si è in presenza di briglie, di diaframmi, di cicatrici che tengono avvicinate le corde vocali; in una parola, si è in presenza delle conseguenze morbose imputabili alla sifilide, che non possono essere terapeuticamente influenzate dalla medicazione specifica.

Le stenosi cicatriziali del laringe, d'una certa importanza, sono ordinariamente consecutive alle lesioni gommose della cartilagine e del suo inviluppo; ma vi son dei casi nei quali l'aderenza, consecutiva ad una ulcerazione gommosa della mucosa o delle corde vocali, finisce con il riavvicinare quest'ultime per una certa estensione, fino a produrre una stenosi considerevole. Queste aderenze possono essere sottoglottidee, così che il movimento di una o due corde vocali può essere impedito. Non vi ha la menoma traccia di edema o d'infiltrazione. E' solo il tessuto cicatriziale che cagiona questi gravissimi accidenti.

Vi son dei casi in cui l' adduzione è compromessa, ma non l'abduzione: così la fonazione è disturbata ma non il respiro.

Esistono dei casi di stenosi con aderenze e vegetazioni: non si sa allora se si tratti di papillomi; vi è rigidità dei tessuti disturbante il movimento di allontanamento della corda dalla linea mediana, del lato interessato, ed una vera neoformazione di granulazioni, di veri bottoni carnosi. Può capitare che sotto l'influenza di una lesione analoga e senza tracce di aderenze, il lato colpito, la corda vocale, in tutta la sua spessezza, resta immobilizzata nella posizione mediana, riducendo a metà la fessura glottidea. Il margine libero della corda vocale è seminato di piccole vegetazioni che fanno sporgenza sulla linea mediana ed aumentano così la stenosi. Può ancor capitare che un'ipertrofia considerevole, al di sopra di una corda vocale, immobilizza questa in modo da non permettere più la fonazione. Infine, in seguito ad una ulcerazione gommosa, avente il suo punto di partenza sulla mucosa, si possono osservare dei veri diaframmi. Di questi ve n'ha dei completi e degli incompleti; dei sopra-e sotto-glottidei. I sopra-glottidei, a vero dire, sono piuttosto faringei; ma quando sono bene sviluppati, capita che la laringe non può essere che a mala pena scorta attraversa un piccolo foro, ovoide o rotondo, più o meno centrale, con larghe briglie laterali, che si avanzano regolarmente verso la linea mediana, come un velo teso nel senso orizzontale. Di maggiore importanza sono i diaframmi sottoglottidei, cioè del condotto tracheale, dell' estremità superiore od inferiore di preferenza: la voce è buona, la respirazione è seriamente compromessa.

Le condro-pericondriti gommose colpiscono la cricoide o la tiroide. Le prime sono le più gravi, non solo perchè la loro conseguenza immediata è una stenosi seria in seguito all'immobilità delle due corde vocali sulla linea mediana, ma ancora perchè, senza allontanarsi troppo dalla loro origine, esse possono far persistere, in tutta la loro gravezza, i segni della stenosi o crearne dei nuovi. Se la pericondrite va fino alla formazione dell'ascesso, o se esistono sequestri si comprende facilmente, da

una parte le lesioni anatomiche che spiegano la dispnea, dall'altra l'indipendenza dalla causa, quantunque di data assai recente. L' ascesso deve vuotarsi: i frammenti di cartilagine necrosata debbono essere eliminati. Può capitare che con la semplice cura generale, o con questa combinata prudentemente all' intubazione, i primi segni di soffocazione siano scongiurati: ma un po' più tardi, gli accidenti scoppiano di nuovo con una veemenza inattesa. Il mercurio non arresta allora la malattia; l'intubazione stessa non può essere praticata, poichè vi ha qualche cosa al di sotto delle corde vocali che impedisce al tubo di arrivare e stare in sito: si tratta di un grosso frammento di cartilagine mortificata: si toglie allora quella per le vie naturali e la stenosi è molto migliorata. In altri casi si pratica la tracheotomia, e dopo un'attesa spesso breve, altri frammenti cartilaginei sono eliminati per la bocca o per la canula.

Le pericondriti tiroidee, a forma cronica, sono il pretesto dei fenomeni a distanza che si fanno sentire nell'interno della cavità e fanno persistere la stenosi. Si possono riassumere questi accidenti in un'infiltrazione cronica, in una rigidità dei tessuti e delle articolazioni, donde difficoltà nell'abduzione della corda vocale di questo lato, se la lesione era unilaterale.

Ma, in riassunto, in ragione dei caratteri morbosi di questa infiltrazione che ha perduto il carattere di specificità, si vedono capitare nel laringe tutte le dannose conseguenze di un disturbo della nutrizione, che, quantunque di origine sifilitica, è divenuto una lesione volgare e reclama una cura chirurgica, soltanto capace di produrre la guarigione, che il mercurio e il jodo erano incapaci a produrre.

Una conseguenza meno dannosa, ma poco comune e molto difficile a conoscere è l' anchilosi o la pseudo-anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee. Vi ha difficoltà od impossibilità di rotazione della cartilagine aritenoide sul castone cricoideo. Se l'artrite è doppia la stenosi sarà delle più gravi, delle meno accessibili alla cura chirurgica diretta; in un caso che riferisce il M a s s e i (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx* n. 2, febbraio 1899), un giovane è costretto tuttavia, da parecchi anni, a portare una canula tracheale. In tal caso le corde vocali sono talmente avvicinate che vi ha appena uno spazio di qualche millimetro durante la più profonda inspirazione; la mucosa è pallida, non vi è traccia di ulcerazione, e non si costata se non la deformazione delle aritenoidi alla base, ciò che assicura la diagnosi e differenzia nettamente quest' affezione dalla paralisi bilaterale dei crico-aritenoidei posteriori. In tal caso la sifilide è fuori discussione.

L'esistenza di una miosite interstiziale o di depositi gommosi tra i fasci dei muscoli intrinseci della laringe, d'origine sifilitica, è stata perfettamente riconosciuta dagli anatomo-patologi e dai laringologi: di preferenza per i crico-aritenoidei posteriori, d' onde la conseguenza immediata d'una paralisi degli abduttori delle corde vocali se quest'ultimi sono compromessi. Ordinariamente la lesione interessa entrambo i lati. All'autopsia, sia che si tratti di una miosite sclerotica o di gomma, vi ha atrofia più o meno pronunziata e generalizzata dei fasci muscolari. Ecco dunque un tipo classico di paralisi miogena, contro la quale ogni corrente elettrica è impotente, così come il joduro ed il mercurio.

Indipendentemente da queste paralisi miogeniche nel corso della sifilide, recente o tardiva, ve ne sono delle nevropatiche, che il M a s s e i ha segnalato per il primo. L' adenopatia cervicale, può, per compressione, produrre una paralisi del ricorrente: talvolta con l'ingorgo scompare la paralisi; ma se la compressione dura a lungo si produce una nevrite, che, nonostante la scomparsa dell' adenopatia, mantiene la paralisi completa della corda vocale del lato corrispondente.

Nel periodo terziario le adeniti gommose, localizzate lungo il vago od il ricorrente, possono dare una paralisi completa delle corde vocali, d'ordinario unilaterale, e le nevriti, che son l'effetto della compressione antica, possono persistere.

Ecco dunque un certo numero di fatti laringei, che avvengono non solo come l'effetto più o meno lontano della sifilide, una conseguenza d'una lesione specifica, ma come rappresentanti d'uno stato morboso di cui spesso la causa non è facile a scovrire, e che persistono con una autonomia assoluta. Sono delle lesioni che hanno perduto il carattere della sifilide. Non c' è alcun' inconveniente a considerarle come *parasifilitiche*.

Ma le lesioni parasifilitiche nel concetto del F o u r n i e r non rappresentano che una forma primitiva dovuta all'azione della sifilide (tossine) su certi organi e tessuti, senza che sia preceduta da una lesione specifica. Spesso conservano il carattere di un disturbo dinamico o d' una distrofia che si esplica con vizii di conformazione.

I fatti riportati testè dal M a s s e i si allontanano da questo tipo, poichè per la maggior parte rappresentano la terminazione, la conseguenza, l'ultimo effetto d'una lesione sifilitica evidente sviluppata precedentemente nello stesso organo. Ma è permesso domandarsi se certe stenosi cicatriziali sono costituite da una semplice aderenza delle corde vocali in seguito ad ulcerazioni gommose o piuttosto per un eccesso di proliferazione connettivale che produce fin dei veri diaframmi, più o meno completi, come se la sifilide non fosse stata qui che un semplice pretesto a questa neoformazione che sorpassa tanto i limiti della cicatrice. Questi anelli fibrosi laringei, che oltrepassano i limiti dell'ulcerazione e che sono, assai spesso, il solo dato per il quale si può risalire alla

vera origine, sia sul vivente che sul cadavere, costituiscono una nuova affezione, con fisionomia propria, accompagnata spesso da sintomi pericolosi, che acquistano un carattere autonomo e non risentono più gli effetti della medicazione etiologica.

Forse questi sequestri, *caput mortuum* di una pericondrite gommosa ormai dileguata in tutte le sue fasi, rappresentano un tessuto indipendente dalla causa, che crea nuovi sintomi, prepara dei nuovi pericoli e reclama un intervento molto più energico di una iniezione sottocutanea? Le atrofie muscolari e le degenerazioni delle fibre nervose dopo una nevrite per compressione, non hanno di sifilitico che la loro origine: le lesioni anatomiche non sono speciali, e per risalire alla loro origine, bisogna ricorrere a tutta la storia clinica che il tavolo anatomico passa sotto silenzio.

Quindi da una parte queste lesioni sono giustamente delle affezioni che non dipendono esclusivamente e necessariamente dalla sifilide come causa; d'altra parte, esse non sono influenzate dal mercurio e dal joduro come lo sono le affezioni sifilitiche vere.

È innegabile che in qualcuno dei tipi morbosi, studiati dal Massei, la relazione di causa ad effetto sia troppo immediata per giustificare questa distinzione, ma è certo ancora che, per molte manifestazioni della sifilide, capita un momento in cui ogni specificità scompare, e le lesioni posteriori, che spesso non sono più un *caput mortuum*, ma che progrediscono per lor proprio conto come una nuova malattia, non sono che delle lesioni volgari, affatto simili a quelle che sono prodotte da cause differenti ed indipendenti dalla loro origine. Parrebbe così esagerazione far rientrare nel quadro delle affezioni parasifilitiche i seguiti di una pericondrite gommosa; ma ad un momento dato, quando la gomma è passata per le differenti fasi, questi sequestri e quest' infiltrazioni collaterali ai quali i microbi e le tossine sifilitiche sono assolutamente estranei, sono, dopo tutto, una lesione anatomica d'origine specifica, ma non più di natura sifilitica.

Tutto ciò è necessario a sapersi: poichè bisogna conoscere questo limite, che c'è tra la terminazione della lesione sifilitica e l' inizio della parasifilitica, al di là del quale non giova che l'intubazione e la tracheotomia.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

POLICLINICA DI PRAGA—D. Heinrich Kral

***Un caso d' idiozia a tipo mongoloide e con mancanza della ghiandola tiroide.*— Trattasi d'una bambina di 4 anni, che venne condotta alla policlinica di Praga, per conoscere se lo stato della bambina, la quale ancora non parlava e solo da poco tempo aveva imparato a camminare, fosse suscettibile di miglioramento. I genitori della bambina erano sani, la madre non aveva avuto aborti, una sua sorellina era bene sviluppata; nulla di patologico vi era nella famiglia. All'esame obbiettivo vennere constatati i seguenti fatti: Cranio piccolo, circonferenza orizzontale misurata alle protuberanze frontali 45 cm., l'ossa della faccia più sviluppate, abbastanza robuste l'ossa zigomatiche e mascellari, fontanella ancora aperta, tuberosità parietali molto sporgenti, occipite appiattito; arco sopraciliare sviluppato debolmente, naso un po' piatto, dorso del naso ampio, molto sviluppati gli epicanti, denti di latte sviluppati fino ai canini, lingua grossa, raggrinzata alla punta. Il labbro inferiore sorpassava il superiore, il collo era molto breve, alla palpazione non si constatava le presenza della tiroide, la circonferenza toracica con 51 cm. il torace stretto, il ventre prominente. La motilità e la sensibilità dell'estremità erano intatte. Espressione del viso apatica, umore discretamente vivace, di quando in quando grande inquietezza, udito buono. Pronunziava pochissime parole quasi incomprensibili, come *pan*, *tata*, e senza occasione. Al primo sguardo la bambina fece l' impressione che lo sviluppo della intelligenza in rapporto alla sua età era rimasto molto indietro.**

Comprendendo col nome d' idiozia la debolezza cronica incurabile delle facolta intellettuali che comparisce precocemente nell'infanzia, legata con anomalie determinate dei sensi, questo caso deve interpetrarsi per un caso d' imbecillità di grado elevato, del cosidetto semiidiotismo. È importante di rivolgere l'attenzione ad alcuni segni degenerativi che accompagnano lo stato idiotico di questa bambina. S'ammette generalmente che l' accrescimento dell'idiota è ritardato, che qualche volta si ha perfino nanismo.

La bambina in discorso ha una lunghezza di 90 cm.; e secondo Quetelet la lunghezza d'un individuo di sesso femminile dell'età di 4 anni è in media di 91,5 cm. Il peso del corpo é di 12,950 grammi di fronte al normale di 13,900.

Per quel che riguarda i segni degenerativi, ne viene riferita dagli autori una serie intera. Così si trovano abnormità dal fondo oculare, coloboma, arteria ialoidea persistente, abnormità dei denti, del padiglione dell'orecchio, dei genitali. In questo caso, si ha un'abnormità in forma d' epicanto già sviluppato in entrambi i lati, cosicchè il viso presenta il carattere del tipo mongolico.

Ma questo caso presenta una seconda anomalia molto interessante da parecchi punti di vista. Non si può cioè trovare la ghiandola tiroide al suo posto normale; bisogna quindi ammettere ch'essa manca o ch'è così piccola da non potersi constatare o che è dislocata.

La mancanza od il poco sviluppo della tiroide hanno dato occasione a moltissime ricerche. Kral considera soltanto i rapporti di questo difetto coi

difetti psichici. De Bary riferisce un caso di nanismo rachitico, endocardite cronica che mentiva il quadro del mixedema infantile e Brissaud ammette che fra il mixedema, il cretinismo endemico e sporadico, l'idiozia mixedematosa e l'infantilismo esistono rapporti intimi, e che tutti questi stati sono dipendenti dalla mancanza o da una malattia congenita od acquisita della tiroide. Mordret trovò la tiroide atrofica 6 volte in 36 individui con debolezza mentale, 9 volte in 40 imbecilli idioti, lui non fa cenno di sintomi mixedematosi.

Dalla mancanza della tiroide e contemporanea idiozia presente nel caso suesposto bisogna pensare alla parentela intima delle due forme morbose. La mancanza della tiroide fu il punto di appoggio per la cura, che si praticò coi tabloidi di ghiandola tiroide. Dopo una cura di 4 settimane si notò un leggiero miglioramento; la bambina pronunziava chiaramente alcune parole, prendeva maggior interesse al mondo esterno, la stazione e l'incesso diventarono più sicuri.

Per quel che riguarda la causa dell'idiotismo, si sono rilevati quali momenti causali la ereditarietà di natura psicopatica, consanguineità dei genitori, alcoolismo, sifilide; nessuna di queste cause s'aveva in questo caso. Conminghaus accenna in modo speciale al fatto che nell'atto del parto stesso può svolgersi l'idiozia per danni che colpiscono il capo. La madre della bambina riferisce che il parto fu molto difficile, duro 24 ore, ma si compì senza bisogno di aiuto strumentale.

La prognosi in generale è molto sfavorevole in quest' idioti. In questa bambina però non è così sfavorevole, giacchè si ha la mancanza della tiroide in connessione coll' imbecillità, quindi é a sperare che una cura più lunga avrà effetto.

OSPEDALE DI ELBERFELD

D. Pangenstecher

Ferita del ventricolo sinistro guarita colla sutura. — Un giovane diciassettenne riportò una ferita di coltello nello emitorace sinistro, dopo la quale cadde in deliquio da cui rinvenne due ore dopo l'arrivo all'ospedale. All'esame s'osservò una piccola ferita da punta nel 4° spazio intercostale sinistro. Il polso ed il respiro non si sentivano. L'ottusità cardiaca era estesa un po' verso sinistra, toni netti e ritmici ma deboli, la ferita esterna non sanguinava. Nelle ore successive l'ottusità s'ingrandì verso sinistra fino all'alinea ascellare. il polso persisteva debolissimo.

L'indomani l'ottusità era estesa a quasi tutto lo emitorace sinistro, non c'era pneumotorace.

Circa 16 ore dopo riportata la ferita, si praticò l'operazione nella narcosi da etere: si praticò una iniezione sulla 5ª costa e si resecò un pezzo di cartilagine della lunghezza di circa 6 cm.

Dopo dilatazione dell'apertura della pleura si constatò subito la ferita del pericardio liscia, a margini taglienti, quasi perpendicolare e della lunghezza di 2 cm. circa. Non s'aveva emorragia. Si fissarono i margini con lunghe pinzette. Si vide allora la ferita del cuore; essa risiedeva sulla parete laterale del ventricolo sinistro, circa 3 cm. al di sopra della punta del cuore, era lunga 3 cm. e mezzo ed aveva una direzione da dietro in avanti e dall'alto in basso. Era tagliata acutamente e restava appena beante. Un piccolo filetto rosso di sangue ne stillava continuamente e regolarmente. La ferita del pericardio era situata più in alto della ferita muscolare. Nel pericardio c'era poco o niente sangue. Si passò alla sutura. Dopo dilatazione dell'apertura pleurica, per arrestare un po' d'emorragia pulmonare, una grande quantità di sangue nero fluido e di coagulo inondò il campo operativo, alla fine venne fuori sangue liquido rosso-chiaro. Tutta la metà del torace venne riempita di garza sterile e iodoformica dopo di che l'emorragia cessò completamente. Il decorso ulteriore fu favorevole, e dopo 4 mesi l'infermo era completamente guarito.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III. CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall' 8 al 12 agosto 1899

IV.

Pinard, correlatore. **Rapporti dell' operazione cesarea colla sinfisiotomia, craniotomia e parto prematuro artificiale.** — La quistione posta in discussione è di una importanza considerevole, poichè tale come é formulata, comprende tutta la terapia del parto nelle viziature pelviche.

I. *Operazione cesarea.* Dal punto di vista chirurgico, l'operazione cesarea comprende tre atti operatori differenti: 1° La laparo-isterotomia; 2° la laparo-isterotomia seguita dalla isterectomia parziale; 3° la laparo-isterotomia seguita dalla isterectomia totale.

L'operazione cesarea dal punto di vista del manuale operatorio è una operazione semplice e facile ad eseguirsi. Riporta le statistiche di Olshausen Leopold e Zweifel, per dimostrare come l'operazione cesarea conservatrice, cioè la laparo-isterotomia semplice, possa esser praticata parecchie volte sulla medesima donna. L'operazione cesarea conservatrice si può fare tutte le volte che si è in presenza di una donna sana, e con contrazioni uterine energiche; si deve avere la certezza che essa non è infetta, che non esiste ipertermia o accelerazione del polso, che non abbia una infezione gonorroica: ed è anche desiderabile che la borsa delle acque sia conservata sino all'inizio della operazione.

Quando queste condizioni non esistono è preferibile, secondo **Leopold**, di praticare l' operazione di **Porro** o la perforazione e l' embriotomia,

II. *Sinfisiotomia*. Come si sa, questa operazione consiste nella sezione del pube per provocare l'ingrandimento del bacino. L'esecuzione ne è facile, soltanto gli ostetrici che non sono familiarizzati con essa, credono che sia una operazione difficile e complicata. Su 100 sinfisiotomizzate alla Clinica di **Baudelocque**, si sono lamentate appena 12 morti e di queste 8 per cause indipendenti dalla operazione: 87 fra i cento feti nacquero vivi, 13 morirono (8 al momento della estrazione o poco tempo dopo; 5, tre settimane dopo la loro nascita).

Si noti infine che 22 delle donne sinfisiotomizzate sono ridivenute incinte e di queste 6 sono state sinfisiotomizzate con successo per la seconda e per la terza volta; le altre 16 hanno partorito dopo la prima operazione, spontaneamente.

Pertanto ritiene che la sinfisiotomia sia una delle più belle risorse moderne della terapia delle viziature pelviche.

III. *Craniotomia*. La perforazione del cranio è raramente sufficiente nei casi di ristrettezza del bacino, bisogna far seguire quasi sempre la embriotomia o la dislocazione delle ossa della testa fetale per mezzo del basiotribo, o del cefalotribo o del cranioclaste.

Si è eseguita la craniotomia sempre a feto morto, oggi però molti ostetrici la consigliano, in certi casi, anche a feto vivo (per liberare la madre essendo anche il feto sofferente).

Dal 1882 al 1899, **Pinard** ha avuto una mortalità di donne dell'11, 5 0[0.

IV. *Parto prematuro artificiale*. L' interruzione della gravidanza suppone la conoscenza esatta e precisa dell'età della medesima, il grado di viziatura pelvica e le dimensioni della testa fetale.

Per provocare artificialmente il parto oggi non si ricorre più alla doccia sul collo, sebbene alla introduzione di corpi estranei, palloni (**Tarnier**, **Charpentier**), nella cavità uterina. Seguendo le norme antisettiche i pericoli per la donna (purchè essa sia sana) sono nulli, il feto invece va spesso incontro alla morte, ovvero se vive è sempre un candidato designato alle malattie e alle infermità. Dinnanzi ad una donna con bacino ristretto quale è la condotta da tenere? In generale, secondo **Pinard**, si ricorre o all'operazione cesarea o alla sinfisiotomia. Nei casi di ristrettezza estrema la laparo-isterotomia od isterectomia è la sola indicata.

Ma nei casi, che sono i più comuni, in cui la coniugata vera non è inferiore ai 65-70 millimetri, può farsi tanto la sinfisiotomia che l' operazione cesarea.

Pinard preferisce la sinfisiotomia, perchè espone la madre a minori pericoli, avendosi l' immenso vantaggio di non aprire il cavo addominale. Per cui dalla terapia dei vizii del bacino dovrebbero scomparire: 1° Il parto prematuro artificiale; 2° tutte le operazioni (forcipe, versione etc.) le quali costringono la testa fetale a lottare contro una resistenza ossea del bacino, avente sede o nello stretto superiore, o nell'escavazione o nello stretto inferiore; 3° l' embriotomia su feto vivo. Durante il travaglio del parto devono essere evitate due cose: La lunghezza del travaglio e l'infezione.

L'intervento operatorio ostetrico nei casi di ristrettezza del bacino, deve consistere o nell'ingrandimento momentaneo del bacino (sinfisiotomia, pubiotomia, ischio-pubiotomia, coccigotomia) o nella operazione cesarea conservatrice o seguita dalla isterectomia parziale o totale, o infine nell'embriotomia a feto morto.

Treub. **L'antisepsi nella operazione cesarea e nella sinfisiotomia.** — Il tessuto connettivo lasso più facilmente va soggetto alle infezioni, mentre il peritoneo, per il suo potere di riassorbimento e per la sua tendenza a produrre una infiammazione adesiva, vi é di meno soggetto, per cui ritiene *ceteris paribus* che la sinfisiotomia è più pericolosa della operazione cesarea.

Chaleix-Vivie. **Amputazione anaplastica del collo e gravidanza e parti ulteriori.** — Riferisce i risultati remoti in alcune amputazioni del collo uterino, donde si rileva che l'amputazione anaplastica del collo non esercita alcuna influenza funesta sulla durata della gravidanza, sulla dilatazione o sulle rotture del borsa delle acque, e sulla natura delle presentazioni.

Van der Velde. **Iniezioni sottocutanee di bleù di metilene nelle donne gravide.** — Dalle esperienze eseguite si rileva che negli ultimi giorni della gravidanza l'ufficio della madre nella produzione di liquido amniotico è più importante di quello del feto.

Favre. **Parto e nefrite.** — In 13 casi di affezioni nefritiche ha rilevato che i due primi giorni dopo il parto la temperatura si manteneva pressochè normale, e il 3.° giorno poi saliva a 38°. L' albuminuria aumentava sino al terzo giorno, in cui queste donne presentavano sintomi di uremia e di pseudo-uremia. Dal punto di vista della prognosi egli vede due pericoli: il primo nella qualità e quantità di fatiche subite dalla donna incinta, tanto durante la gravidanza che durante il parto, e il secondo nello stato albuminurico dell'inferma.

Quanto alla cura insiste nel raccomandare di evitare le fatiche, tanto durante la gravidanza che durante il parto.

Movimento biologico universale

1. Marinesco ha eseguito delle nuove « **ricerche sull'origine del facciale superiore e del facciale inferiore** ». In una nota preventiva egli aveva detto che il nucleo comune o primario del facciale è costituito da nuclei secondarii in rapporto coll' innervazione dei diversi territorii muscolari della faccia, e che il nucleo del facciale superiore fa parte integrante del nucleo comune del facciale e che il centro del facciale superiore è rappresentato nei cani da un gruppo di cellule designate col nome di *segmento posteriore del gruppo medio* e che ha la sua sede nel nucleo comune del facciale. Oggi Marinesco viene ad espletare meglio le sue idee e a dimostrarle microscopicamente. (*La Presse médicale*, n. 65, 16 agosto 1899).

2. Merel espone alcuni dati matematici per « **trovare sul vivente i fori sacrali posteriori** » e riporta uno schema geometrico. La ricerca dei fori sacrali posteriori permetterà all' operatore che deve procedere ad una resezione sacrale, o a qualche altra operazione del genere di incidere con sicurezza e in seguito di evitare nel campo operatorio, delle ricerche talvolta lunghe e malagevoli (*Revue de chirurgie*, n. 8, agosto 1899).

3. Legendre riferisce un caso di « **infezione acuta in un neonato** » di origine ombelicale, (per trauma del cordone). Coi bagni caldi (37°,5) ogni tre ore, in poco tempo migliorò e guarì poi perfettamente. (*Société d'obstètrique, de Gynècologie et de Pèdiatrie*, 7 luglio 1899).

4. Ribakov ha fatto delle esperienze sui conigli e sulle cavie che gli permettono di conchiudere che « **nell' avvelenamento saturnino** » le cellule della sostanza grigia della midolla sono le più sensibili alla intossicazione e che quivi, nella maggior parte dei casi, bisogna cercare il punto di partenza delle paralisi. (*La Presse mèdicale*, n. 66, 19 agosto 1899).

5. Grandmaison si occupa della « **impotenza funzionale articolare nei gottosi ereditari** ». Come cura preventiva consiglia il moto in primo luogo, consistente in lunghe passeggiate, inoltre il regime alimentare per il quale si devono evitare tutti i cibi e le bevande che favoriscono l'uricemia. Quando l'accesso gottoso si è sviluppato allora rende utili servigi il massaggio, la ginnastica svedese, e i bagni termali. (*La Mèdecine moderne*, n. 57, 9 agosto 1899).

6. Fornilliant riferisce un caso di « **tumore del cervelletto, con paralisi isolata del centro respiratorio** ». L'infermo, che era un soldato, presentava vertigini, dolori lombari, etc. In un accesso di vertigine il respiro si arrestò, il diaframma non rispondeva alle eccitazioni e l'individuo soccombette. All'autopsia si trovò stasi in quasi tutti gli organi; (durante l'accesso nel fondo dell'occhio non si osservava pupilla da stasi), e un tumore al cervelletto che l' esame microscopico dimostrò essere un tubercolo. Le meningi erano iperemiche. (*La Presse mèdicale*, n. 66, 19 agosto 1899).

7. Bernard riferisce un caso di « **carcinoma gastrico** » complicato con ascesso peritoneale e flemmone della parete anteriore dell' addome. Due fatti importanti erano da notare : 1. l'assenza della febbre, e ciò poichè il flemmone si svolse come un ascesso freddo ; 2. la guarigione completa dell' ascesso parietale e l'assenza di perforazione gastrica secondaria : bisogna senza dubbio attribuire questo fatto all' intervento chirurgico , che , permettendo di fare l' antisepsi della cavità ascessuale, ne ha permesso la cicatrizzazione in buone condizioni. S'intende però che l'infermo morì per cachessia cancerigna. (*Gazette hebdomadaire de mèdecine et de chirurgie*, n. 64, 10 agosto 1899).

9. Dumesnil fa uno studio « **sull' ernia lombare** ». Conclude che dalle sue esperienze gli sembra risultare che le ernie lombari non sono tanto rare quanto potrebbe credersi a prima vista. Esse passano spesso inosservate , anche agli ammalati, prima per la loro sede e poi per la loro indolenza. Infine la rarità del loro strozzamento spiega come esse possono rimanere per lungo tempo ignorate. (*Le Bulletin mèdical*, n. 66, 23 agosto 1899).

9. Hartmann fa alcune considerazioni « **a proposito di 40 casi di castrazione addominale totale per annessiti** ». Conclude che i risultati ottenuti da questo processo operatorio sono ottimi, tanto che in tutti i casi di infiammazioni degli annessi bisogna abbandonare completamente la via vaginale e ricorrere alla via addominale. (*Annales de Gynècologie et d'obstètrique*, t. LII. luglio 1899).

10. Gosset e Reymond osservano ed operano « **una salpingo-ovarite a peduncolo torto colla laparotomia** » ed ottengono la guarigione. Si tratta di un esempio chiarissimo di torsione del peduncolo di una idro-salpingite , la quale s' era trasformata di botto in una emato-salpingite. Il fatto degno di nota è che le lesioni furono sorprese poco tempo (20 ore) dopo la torsione. La tromba era libera da tutte le parti , sicchè voltandola in senso inverso, sparì la torsione del peduncolo. (*Annales di Gynécologie et d' obstètrique*, t. LII. luglio 1899).

STORIA DELLA MEDICINA

LA MEDICINA A VIENNA

Dei primissimi medici di Vienna, al tempo della dominazione romana, non è rimasto alcun nome. L'esercizio della medicina cadde poi nelle mani dei preti e dei monaci, dopochè Cassiodoro, primo ministro del re ostrogoto Teodorico, spinse i monaci a studiare attentamente le opere mediche dei greci e dei romani. Alcuni chierici raggiunsero grande fama nell'esercizio della medicina, come l'abate Bertario di Montecassino, Gerbert d'Aurillac in Rheims ecc. Accanto ai religiosi, i quali per decisioni di concilii e decreti di papi, non potevano occuparsi che di sola medicina, sorsero dei laici che coltivavano a preferenza la chirurgia.

Fra i medici di allora sono da citarsi Gerhard, fondatore di un ospedale di religiosi, Ulricus medico e scolastico viennese (1287). Pietro Aichspalt, che ebbe grande influenza politica (1305), Jakob Berthold, medico del re Alberto (1303), Enrico Walich (1307). Il primo ospedale sorse in Vienna per incitazione di Innocenzo III. In uno scritto del papa, indirizzato nel 1208 a maestro Gerhard, si trovano i primi principii di questo ospedale annesso ad una cappella per il culto dello Spirito Santo e di S. Antonio. In un'opera trovata nell'archivio arciepiscopale di Vienna e datante dal 1211 si trovano pure notizie di questa istituzione. Fu allora fondato l'ordine dello Spirito Santo, che dapprima era un ordine laico e poi da Innocenzo III fu trasformato in ordine religioso. Molti ospedali che in quel tempo erano sorti e molte istituzioni di beneficenza vennero sotto il dominio di questo ordine.

Accanto al Geist-Spital sorse in questo tempo a Vienna un'altro istituto di beneficenza, l'ospedale civile, del cui primo inizio a noi non è pervenuta alcuna notizia. Nel 1257 esso già esisteva, ma non si sa certamente l'anno in cui sorse. Alla sua erezione cooperarono i fratelli del Santo Spirito; poi esso venne in potere dei signori della Croce di Praga con la stella rossa. L'ospedale civile fu ben presto messo in grado di ricevere 600 poveri e più; esso riceveva anche forestieri di qualsiasi nazione. Nel 1266 fu fondato un altro ospedale esclusivamente per i leprosi di sesso femminile e dedicato a S. Giobbe. Le ammalate portavano un mantello che allo esterno aveva una croce rossa circondata da un anello rosso, acciocchè potessero essere distinte dalle altre persone.

Questo ospedale fu fondato dal maestro Gherardo, parroco di S. Stefano in Vienna e cappellano del papa. È difficile dire se esso era lo stesso maestro Gherardo che aveva fondato l'ospedale del Santo Spirito. In questo caso avrebbe dovuto vivere molto a lungo almeno 88 anni.

Oltre e questi ospedali esistevano a Vienna in quell'epoca (1318) parecchi stabilimenti curativi, sui quali abbiamo poche notizie. In un documento del 1267-71 va fatta menzione di un ospedale per malattie infettive a S. Lazzaro, destinato anch'esso pei leprosi. Un'altro ospedale per malattie infettive esisteva già nel 1298 a S. Giovanni, e Federico il Bello nel 1327 fondò un piccolo ospedale a San Giovanni che col tempo fu aggregato a quello di S. Martino. Quest'ultimo fu fondato dal conte Ottone (morto nel 1339). Analogo carattere ebbe l'ospedale di S. Teodobaldo, che fu fondato nel 1349 da Alberto II ed era destinato ad accogliere le vecchie dame della nobiltà.

Dimodochè in quest'epoca esisteva a Vienna un gran numero di ospedali e case di beneficenza, ma erano piccoli e destinati ad accogliere contemporaneamente malati e poveri. È degno di nota che nessuna notizia abbiamo sulla cura dei malati ed in quel tempo e sulla posizione che occupavano i medici.

Il XIV secolo, specie la sua seconda metà, fu il periodo delle gravi epidemie. La peste bubonica comparve a Vienna nella Pasqua del 1349. La mortalità fu grande, da 200 a 960 persone al giorno, e si calcola che un terzo della popolazione rimase vittima dell'epidemia. I medici non sapevano dare alcun consiglio e mitigare i dolori, e tanto meno le autorità prendevano dei provvedimenti per impedire la diffusione della malattia. L'unica disposizione data fu la proibizione di seppellire i cadaveri nelle chiese dentrò la città. La malattia presentò caratteri diversi a seconda gli ammalati, il clima e le disposizioni di luogo. Sintomi caratteristici erano la febbre continua, i bubboni, le petecchie ed i carbonchi, in alcuni casi diarree e gangrena delle estremità. Non avendo alcuna speranza nell'aiuto dell'uomo, tutti si rivolsero a Dio, invocandone la misericordia castigando il proprio corpo. Così i flagellanti che esistevano in Austria fin dal 1261 acquistarono dappertutto seguaci, ed in processione essi percorrevano l'Europa. Con flagelli le cui corde portavano all'estremità uncini, percotevano a sangue la parte superiore del corpo denudato, ed anche le donne si sottoponevano a procedimenti dolorosi. Ma questa istituzione ben presto degenerò, specie quando i flagellanti cominciarono a inaffiare col vino buono il loro velo religioso. Un decreto papale del 1349 mise fine a questa associazione.

In quanto all'origine della epidemia, era diffusa la supposizione che essa provenisse da un veleno che uomini cattivi avevano versato nell'acqua delle fontane. Gli ebrei erano generalmente incolpati, e l'odio contro di loro ebbe a quel tempo manifestazioni brutali. Migliaia di ebrei furono bruciati vivi od ammazzati in diversa maniera. D'altra parte furono innumerevoli le donazioni alle chiese

ed ai conventi, i quali guadagnarono molto in potenza. Non eguale prosperità ebbero le istituzioni di beneficenza e gli ospedali.

Dopo pochi anni si ripeterono le epidemie di peste, analoghe alle precedenti. Si citano in Austria le epidemie del 1359, del 1359-60 e del 1381. Nell' epidemia del 1381 [fu specialmente colpita Vienna e nella parrocchia di S. Stefano morirono 15 mila persone.

Gli antichi documenti hanno tramandato i nomi di alcuni medici che prestarono le loro cure in quelle epidemie. Sono: maestro Jacob medico e parroco di Himberg (1338), il medico Pilgrim (1344), maestro Herdegen Stephanus medico (1368), Corrado von Salder (1369), maestro Alberto (1370), Corrado Schiferstadt (1380) ed il chirurgo Bonocursio di Treviso (1380).

Le farmacie sorsero in Germania molto prima del XIV secolo. Manca ogni notizia sulla prima farmacia di Vienna. Nei documenti si trovano citati i farmacisti Enrico (1368), Eberhart (1379), Matthes (1379), Mattias (1399), Giovanni (Hesel?) e Bertoldo Schützenterger (1399).

Di bagni pubblici nel medio evo ve ne era una grande quantità G. Zappert ha raccolto tutte le notizie riferentisi ai bagni di Vienna, dalle quali si rileva che verso il principio del XV secolo ne esistevano almeno 29; però come gli ospedali essi erano piccoli e non offrivano le necessarie comodità. I bagni a quel tempo erano di uso generale, ed erano ritenuti non solo come qualche cosa di gradevole, ma come un mezzo necessario per conservare o riguadagnare la salute. In questi stabilimenti di bagni veniva rasata la testa e lavata, veniva eseguito il massaggio, il salasso, le piccole medicature. Nondimeno coloro che tenevano questi stabilimenti erano nettamente distinti dai barbieri; quelli godevano di certi diritti, allo stesso modo come avevano alcuni obblighi. La distinzione venne espressamente enunciata in un editto dell'imperatore Massimiliano del 1521.

Il 12 marzo 1365 il conte Rodolfo IV firmò il decreto di fondazione dell' Università Viennese, che ottenne tosto l' approvazione del papa. Ma veramente essa venne in vita 20 anni dopo sotto Alberto III. La Facoltà medica era costituita non solo del corpo insegnante, ma di tutti quelli che avevano ottenuto un grado medico nell'Università, ed erano stati incorporati, se provenienti da altre scuole.

Si componeva perciò di maestri (magistri Doctores) soci (Baccalaurei) e studenti (Scholares).

Negli Statuti della Facoltà medica del 1389 il corso degli studi di medicina era regolato nel seguente metodo. Per tre anni l' insegnamento era teorico, e consisteva nello spiegare determinate opere antiche e di autori arabi, tradotte in latino. Seguiva l'esame di baccellierato, che era un esame orale. Conseguito questo titolo, il corso si continuava per altri 3 anni, si dovevano frequentare regolarmente le lezioni di 2 maestri, da ognuno dei quali si doveva essere esaminato una volta l'anno ed almeno per un anno era necessario accompagnare nelle sue visite agli ammalati uno dei dottori della Facoltà.

Indi si faceva l'esame di licenza, che conferiva il dottorato alla condizione che il candidato appartenesse a buona famiglia, non avesse alcun difetto fisico, avesse fatto una vita corretta, non avesse aspetto muliebre e la sua età minima fosse 26 anni.

La proclamazione di dottore veniva fatta nella chiesa di S. Stefano, e tutti i dottori, i licenziati, i baccellieri e gli studenti di medicina accompagnavano a casa il nuovo dottore. Le spese erano abbastanza rilevanti.

I primi insegnanti di medicina in Vienna furono Giovanni Gallici di Breslau, Ermanno Lurz di Mürnberg, Martin di Wallsee, Ermanno von Treysa di Hessen.

Il numero dei medici che esercitava a Vienna al principio del XV secolo non era più di 10-12.

I chirurgi formavano una classe socialmente inferiore ai medici. Ci sono pervenuti i nomi di alcuni di essi: Anthoni (1398), Niclas (1399), Leupoldt (1399), Andre, Iörg, Clemens ecc. In principio i chirurgi non avevano alcun rapporto con la Facoltà medica; la loro professione era allora ritenuta come un' arte manuale, per esercitare la quale non era necessario molto sapere nè molto ingegno. Quando nel 1416 un chirurgo domandò di essere ammesso alla Facoltà medica, dovette dare prova pratica di operazione di ernia e di pietra.

Fino al XIV secolo la farmacia si esercitava liberamente. Il primo tentativo per regolare le farmacie fu fatto nel 1405, quando la Facoltà medica stabilì che le farmacie dovessero essere visitate 2 volte all'anno, i farmacisti dovessero essere approvati dalla Facoltà e dal Consigliere della città e le ricette lunghe ad importanti dovessero essere eseguite in presenza del medico. Ai farmacisti era proibito di esercitare la medicina. Fra i farmacisti di quel tempo sono ricordati: maestro Lucas di Venezia, Entlein, Lienhart, Stephan, Sulcher, Scheper, ecc.

Il numero degli studenti fino alla 2ª metà del 15° secolo era molto scarso nell' Università di Vienna, 20-30 e l'attività scientifica minima, aggirandosi sul galenismo e mancando a quel tempo l'osservazione dei fenomeni naturali. Solo l' insegnamento d' anatomia aveva qualche interesse, Galeazzo di Santa Sofia, chiamato da Padova fra il primo a fare dimostrazione anatomiche sul

cadaveri umani, ed in mancanza di questi sugli animali, specie sui porci (1404). Gli studenti ed i medici dovevano pagare del denaro per lo spettacolo che loro si offriva. In principio era proibita la sezione di cadaveri di donne. La prima donna fu sezionata a Vienna, a scopo di insegnamento nel 1452.

FORMULARIO

Wolff. — Cura dell'orticaria

Ossido di zinco	gr.	8
Acido fenico	»	2
Acqua di calce	»	60
Acqua di rose	»	130

per applicazioni locali.
Internamente:

Fosfato di sodio	gr.	4-5

ogni 3 ore.

Idrato di cloralio	gr.	3
Acqua di lauro-ceraso	»	100
Acqua distillata	»	200

Per lozioni locali mattina e sera.
Poi:

Salicilato di bismuto	gr.	10
Polvere d'amido	»	50

Per applicazioni locali.
oppure:

Cloridrato di cocaina	»	0,50
Mentolo	»	0,25
Vaselina	»	60

come sopra.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste in Europa e in Asia

Un comunicato ufficioso reca:

Qualche giornale inglese, fautore di alcune stazioni climatiche della Gran Brettagna, non sapendo come tener lontani dal nostro paese i suoi connazionali innamorati giustamente del nostro clima, ha fabbricato la storiella che in alcune città marittime dell'Italia meridionale si sono verificati dei casi di peste bubbonica. Non ci sarebbe bisogno di smentire simili fanfaluche, ma siccome possono esservi dei creduloni che potrebbero abboccare all'amo, così diciamo subito che le condizioni sanitarie in tutta la penisola sono ottime e che il Governo ha preso tutte le misure sanitarie ai confini terrestri e nei porti marittimi per respingere quelle navi o quei passeggeri provenienti da luoghi infetti.

Il Ministero dell'interno, in seguito all'ordinanza emessa il 17 di questo mese, già da noi pubblicata, nella quale era detto che alle navi provenienti dai porti del Portogallo dovevano applicarsi le disposizioni delle ordinanze di Sanità marittima in data 8 maggio 1897 e 15 luglio 1897, ed affinchè possa esercitarsi con efficacia la vigilanza prescritta, ha ordinato che i prefetti dispongano che l'autorità di P. S. al punto di sbarco munisca ciascuno dei viaggiatori di foglio di via obbligatorio pel comune verso il quale dichiareranno di essere diretti.

Con ordinanza della Sanità marittima furono dichiarati infetti tutti i porti della colonia portoghese di Mozambico, situati nell'Oceano Indiano e furono estese alle provenienze da quei porti le misure stabilite con precedente ordinanza del 17 corrente.

Scrivono al *Caffaro*: Mentre si pretende che per le provenienze da Bombay, Calcutta, ecc. siano passati dieci giorni interi per la libera pratica, la si concede invece (incredibile) alle provenienze da Oporto—dichiarato pur esso infetto da peste—prescrivendo però che si muniscano i diversi individui, passeggeri, o ciurma, di un foglio di via e si avvisi il Sindaco dei differenti paesi, cui sono diretti, acciò si possa esercitare colà una certa sorveglianza.

Da Oporto il viaggio si compie in tre giorni e vuol dire che dolorosamente potrà darsi il caso che uno di questi giorni ci troviamo il nemico in casa senza accorgercene.

Roma. — Le notizie sulla diffusione della peste in Portogallo risultano esagerate. Ad ogni modo da telegrammi pervenuti si sa che tutte le nazioni hanno provveduto energicamente ai mezzi di difesa, per modo che la previsione lugubre del medico spagnuolo F a l g u e r o, cioè che due terzi di Europa saranno in ottobre invasi dalla peste, sarà smentita dai fatti.

Oporto. — Il primo caso di peste bubbonica ad Oporto si è verificato dopo l'approdo del vapore *City of Cork*, di una casa di Dublino, un piccolo vapore che aveva sbarcato ad Oporto un carico di cotone proveniente da Bombay.

Sul *City of Cork* del resto non si era manifestato alcun caso sospetto.

La peste si dichiarò dopo lo sbarco fra i facchini del porto, alcuni dei quali soccombettero; il loro barbiere, morì pure di peste, e ne morì il becchino che li ha sepolti.

La peste si diffuse fra i facchini del porto, la maggior parte spagnuoli, baschi, e galleghi, che dimorano in locali infetti a Villa-Nova da Gaya sulla riva opposta del Douro.

Attualmente un cordone militare circonda Oporto e l'isola dal resto del mondo con grande terrore di molti bagnanti, sopratutto spagnuoli, che si trovano prigionieri entro il cordone.

Oporto 22. — Ieri vi furono tre casi di peste e due decessi. Le mercanzie per l'esportazione verranno sottoposte a disinfezione nel porto di Leixoes e nella stazione di Champanha.

Oporto 24. — L'epidemia si estende in città, ma senza intensità. L'altra notte vi furono due casi con un decesso e ieri due casi.

Il medico H e p e n n e viene ad Oporto a combattere la peste.

L'associazione commerciale domanda che il professor K o c k venga a studiare la malattia.

Vienna 24. — Lo scoppio della peste bubbonica

ad Astrakan e la chiusura delle frontiere rumene, impressiona vivamente.

Il governo russo celò sin'ora la grave notizia che tutto il sud-est della Russia è infetto, con grave mortalità.

Anche in altre città della Russia vi sarebbero casi di peste.

A questo proposito si ha da Bukarest:

« In seguito alla notizia ufficiale della comparsa della peste bubbonica ad Astrakan, si è ordinata la chiusura della frontiera rumena, tranne i quattro punti di Galz, Falein, Lipkany e Radantz, dove si sono stabiliti dei posti di osservazione. »

Shanghai 24. — La peste è segnalata a Neu Chang; si teme grandemente per Tientsin ed altre località al nord della Cina.

Nelle Università straniere

Innsbruck. Ipsen, professore straordinario di medicina legale è nominato ordinario. — *Menfi.* Minor è nominato professore di fisiologia, Sale di terapia e di materia medica, e Crofford, di ginecologia. — *Pietroburgo.* Tschistowitsch è stato abilitato all'insegnamento dell'anatomia patologica. — *Berlino.* I professori Lucae e Senator vennero nominati professori ordinari. — *Iena* Gumprecht, docente privato di medicina legale è nominato professsore straordinario. — *Copenaghen.* Bloch é nominato profe sore ordinario di chirurgia. — *Cracovia.* Kader libero docente all' Università di Breslau. è stato nominato professore di chirurgia a Cracovia — *Monaco.* D.r Albr. Freih von Notthaft è stato abilitato all'insegnamento della dermatologia e della sifilidologia. — *Vienna.* Leopold ha ottenuto la libera docenza in ostetricia e ginecologia. Figdor è stato abilitato alla docenza della anatomia e fisiologia delle piante, il D.r Egon Schweidler ha ottenuto la docenza in fisica. — *Würzburg.* Frey, professore di fisiologia a Zurigo, ha accettato l'invito di passare a dettar lezioni a Wurzburg.

Congressi Medici a Como

I congressi medici che si terranno a Como questo autunno sotto la presidenza onoraria degli illustri Prof. Baccelli, ministro della P. I. e Professor Senatore Bizzozero e sotto la presidenza effettiva del Prof. Comm. C. Golgi riusciranno splendidamente sotto ogni rapporto. Moltissime sono le comunicazioni e le adesioni già pervenute alla presidenza. Ecco la data dei singoli Congressi:

Congressi d'*Igiene* e di *Medicina Veterinaria* dal 25 al 30 settembre.

Congresso di *Elettrobiologia* ed *Elettroterapia*, dal 1° al 4 ottobre.

Congresso interprovinciale dei Medici Lombardo-Veneti e Congresso dei Medici condotti dal 5 all'8 ottobre.

Queste date vennero fissate in seguito agli accordi tra il Prof. Golgi, presidente del Comitato Medico esecutivo per le onoranze a Volta e le presidenze dei diversi comitati.

Il Congresso degli elettricisti

Como, 23. — Il 18 settembre s'inaugurerà qui il 1° Congresso degli elettricisti con una commemorazione di Volta che sarà tenuta dal professore Augusto Righi di Bologna.

Nei giorni seguenti avranno luogo le sedute del Congresso, le assemblee generali della Società italiana di fisica e della Associazione elettrotecnica italiana, la visita alla tomba di Volta, le gite e le escursioni agli impianti di Paderno, Vizzola e Milano.

Letture importanti furono già comunicate alla Giunta esecutiva del Congresso e fra queste le seguenti:

Prof. sen. P. Blaserna — Sulle perturbazioni prodotte dalle tramvie elettriche sui galvanometri.

Prof. sen. P. Blaserna. — Sulle variazioni secolari dell'inclinazione magnetica nei tempi antichi.

Prof. Silvanus P. Thompson — Intorno alle immagini magnetiche ed alla loro applicazione alla teoria dei motori a campo rotante.

Prof. G. Grassi — Studi ed esperienze sulla trasformazione della corrente trifase in monofase.

Ing. G. Semenza — L'indirizzo attuale nelle trasmissioni elettriche ad alto potenziale.

Inoltre formerà tema di interessanti discussioni la quistione della Terminologia Elettrica, di cui saranno relatori i prof. L. Donati e G. Grassi.

Si prenderà qualche accordo sopra alcune proposte, che principalmente all'estero sono attualmente discusse, e che saranno portate al Congresso internazionale degli elettricisti, che avrà luogo l'anno venturo a Parigi, fra le quali notevole è la modificazione del sistema pratico delle unità elettriche.

Da ultimo sarà posto all'ordine del giorno la scelta di temi per il concorso ad un premio di Lire 3000 che i signori Augusto Sacchi e Osvaldo Strazza di Como generosamente vollero mettere a disposizione dell'onor. Sindaco di Como Ing. Prof. G. Catenazzi quale loro contributo alle onoranze a Volta.

Gli aderenti al Congresso dovranno mandare la loro adesione al segretario generale del Comitato del Congresso, ingegnere A. Panzarasa, via San Paolo, 10, Milano.

La quota d'ammissione venne fissata in L. 5 pei soci della Società Italiana di fisica e dell'Associazione elettrotecnica italiana e in L. 20 per gli altri aderenti.

Gli aderenti esteri sono esenti dalla quota di iscrizione.

GAZZETTINO

SASSARI. *Istituto antirabico.*—Grazie al buon volere ed alla infanticabile attività del prof. Fermi,

direttore dell'istituto d'igiene annesso alla nostra R. Università e grazie ai contributi elargiti dalla Provincia e dal Comune, col venturo anno la città nostra sarà dotata di un *Istituto antirabbico*, che farà parte integrale di questo Istituto d'Igiene.

MILANO. *Beneficenza.*—Gli eredi della pia signora Giuseppina Turati vedova Gnecchi, per interpretare le intenzioni della rimpianta estinta fecero, a scopo di beneficenza, molte elargizioni, fra le quali ci piace segnalare quelle di L. 1000 all'ospedale dei bambini, e quella di L. 200 alla Guardia medica diretta dal comm. dott. Rezzonico.

ROMA. *Per l'inchiesta sanitaria dei Comuni.*—Il ministero dell'interno ha inviati i prefetti a sollecitare le operazioni relative all'inchiesta generale sulle condizioni sanitarie dei Comuni in modo che i dati relativi possano essere completi e riuniti per la fine dell'anno.

ROMA. *Per la mobilitazione del materiale sanitario.*—Le Direzioni della sanità militare di Milano, Torino, Alessandria e Genova col 20 settembre incominceranno le operazioni di mobilitazione del materiale sanitario per le grandi manovre.

ROMA. *Per i manicomii.*—In base alla relazione compilata dalla commissione che ha eseguito l'inchiesta sui manicomii, il ministero dell'interno compilerà un progetto di legge per riformare detti istituti e per migliorarne il loro funzionamento.

ROMA. *L'Istituto chimico dell'Università.*—L'istituto di chimica generale presso la R. Università di Roma, fondato, non solo per soddisfare ai bisogni dell'insegnamento, ma ben anco allo scopo di stabilire nella Capitale del Regno un Istituto che, per la chimica, fosse il centro dell'alta coltura scientifica e servisse di efficace ausilio allo sviluppo delle industrie e delle applicazioni della scienza, trovasi in condizioni tali da reclamare urgenti provvedimenti. Infatti la dotazione dell'Istituto, già inadeguata alle necessità dell'insegnamento ed ai bisogni delle ricerche scientifiche, diventò addirittura insufficiente da quando vi fu aggiunta la sezione delle applicazioni della chimica. Di qui un danno non lieve nella produzione scientifica, un arenamento nel campo delle ricerche sperimentali.

Affine pertanto di provvedere almeno ai bisogni più urgenti dell'Istituto, il Consiglio dei Ministri ha deliberato di assegnargli una dotazione straordinaria di lire 15,000, da prelevarsi dal fondo di riserva per le spese impreviste.

ROMA. *Congresso medico internazionale di Parigi.* — La Commissione ordinatrice del *Congresso medico internazionale* che si terrà a Parigi nel 1900, ha invitato il prof. Francesco Durante, senatore del Regno, ad assumere la presidenza del Comitato nazionale italiano, del quale saranno segretari il prof. Ottolenghi di Firenze, ed il dottor Luigi Casati di Forlì.

ROMA. *La Cassa nazionale per la vecchiaia degli operai.*—Al ministero di agricoltura e commercio si è compiuto l'impianto degli uffici della cassa nazionale per la vecchiaia e l'inabilità al lavoro degli operai. Il primo di settembre si sono iniziate le operazioni.

ROMA. *Concorso fra gli aggiunti di chirurgia.*—Dei 40 concorrenti ai venti posti di aggiunti in chirurgia sono riusciti vincitori i seguenti diciannove medici:

Buonomone, Bartera, Caccini, Serena, Cirelli, Scaglione, Fracella, Armida, D'Alessandria, Valenti, Barnabei, Di Porto, Alaquie, Angelucci, Ferretti, Mariani, Barbaro, Della Nave e Cenni.

ROMA. *Colonie apennine.*—Sono giunti i 52 bambini inviati a Segni alla villeggiatura.

Erano accompagnati dal personale direttivo e da due inservienti. Alla stazione li attendevano, pel Comitato, la signora Gabriella Nasi, la quale dedica alla benefica istituzione tutta la sua intelligente e feconda attività, ed il segretario dott. Ballerini.

I genitori, ai quali furono riconsegnati i piccini, erano ben lieti di rivederli sani e vegeti e in condizioni assai migliori di quando li avevano lasciati or fa un mese, e non cessavano di esprimere la loro riconoscenza al Comitato.

Il 24 è partita la sezione femminile.

NAPOLI. *Per le malattie infettive.* — Il secondo ufficio tecnico municipale, d'accordo con l'ufficio di igiene, presenterà fra poco un progetto per la costruzione di una stufa di disinfezione e di due padiglioni in muratura pel ricovero degl'infermi colpiti da malattie infettive. Detti padiglioni sorgeranno accanto all'ospedale Cotugno, pel quale la Giunta deliberò già di erogare 50 mila lire per le riparazioni più urgenti.

NAPOLI. *Ordine dei Sanitari.*—In seguito a deliberazione del 27 luglio s. m. l'Assemblea dei soci dell'Ordine dei Sanitarii di Napoli e Provincia si è riunita successivamente nelle tornate del 6, 8 e 12 allo scopo di procedere all'elezione delle cariche sociali. Si ebbe il seguente risultato: Presidente: onorevole prof. Leonardo Bianchi, deputato al Parlamento; vice presidenti: prof. Castellino Pietro e professore Annibale De Giacomo; segretario: D. Giovanni De Simone; vice segretarii dott. Macchia Florio Francesco, dott. Prota Giuseppe, dott. Russo Carlo, Economo: dott. Ciampolillo Vito; bibliotecario: dottor Tirabulla Leonardo; questore: dott. D'Alessandro Antonio; sindaco titolare: sig. Gulì Oscar; odontoiatria: dott. Roberti Luigi, prof. Arena Francesco; sindaci supplenti: sig. Callero Carmine, dottor Oliveti Francesco; consiglieri Sezione medici-chirurgi: prof. Miranda Giovanni, prof. Piccoli Giovanni, prof. Salvia Eduardo, prof. Scervini Pasquale, prof. Corrado Gaetano, prof. Biondi Adolfo, prof. Coop Silvio, professore Petteruti Gennaro; consigliere Sezione farmacisti sig. Nicola Valentino; consigliere Sezione dentisti sig. Raffaele Papa.

PISA. *Visita sanitaria a Porta Lucca.* — Essendosi verificati alcuni casi di tifo nella frazione di Porta a Lucca lungo il caseggiato della via dei Bagni di San Giuliano di fronte al Fosso di Marmigliano, il sindaco cav. Cerrai praticava una visita in quella località, accompagnato dal prof. Fogliata, dai consiglieri Cristiani e Mazzarini, dal perito igienista dott. Ricci e dal medico condotto signor

Torri, e dopo avere accuratamente ricercate le cause predisponenti a tal malattia, con lodevole energia, e con soddisfazione di quegli abitanti, vennero subito prese tutte le disposizioni ed imposte le cautele che varranno certo a troncare l'ulteriore diffusione del morbo.

PISA. *Per le cliniche.*—In seguito alle insistente premure del rettore cav. Supino nella prossima adunanza del Consiglio provinciale sarà discusso il progetto per la costruzione delle cliniche.

PISA. *I medici per la Commissione amministratrice dei RR. Spedali.* — Molti medici si adoprano attivamente perché siano inclusi nella Commissione amministratrice dei RR. Spedali uno, o più di essi, onde si possa con competenza trattare di tutto ciò che si riferisce ai malati, al Corpo sanitario ed alla igiene ospitaliera.

Fino ad ora il solo Soprintendente ha risoluto le importanti o gravi questioni di indole medica.

MESSINA *La Croce Rossa.*—È stato eletto presidente di questo sotto-comitato della Croce Rossa l'on. Nicola Fulci; vice-presidente il comm. Giuseppe Arigò; a consiglieri i signori Deleo, Sarvo, Pisani e Ainis.

LUCCA. *Vaiuolo.*—La Giunta comunale di Capannori in ordine al caso di vaiuolo verificatosi in Porcari luogo detto al Leccio, oltre avere prese le opportune previsioni d'isolamento e disinfezione, determinò che ai componenti la famiglia della vaiolosa fossero. a carico della cassa comunale, passati gli alimenti in giusta misura, i medicinali e quant'altro potesse loro occorrere, molto più che quella famiglia non è in floride condizioni economiche.

Udito poi il parere dell'ufficiale sanitariocomunale, determinò che fosse praticata immediatamente una nuova inoculazione di pus vaccino agli abitanti della casa stata isolata e segregata, e che in via precauzionale si praticasse cogli altri abitanti delle Corti rurali dette del Mestolino, del Fisco, della Cantina, di Fagotto, di Gigetto, di Gianni, della Tistina, di Angelo Fanucchi, del Borelli, del Luconi, e dei Dal Poggetto, cioè per gli inquilini di tutti i caseggiati all'intorno della casa abitata dalla vaiolosa.

Questa intanto è in uno stato stazionario ed immutato; ad un di lei fratello si è pure manifestato un poco di febbre, ma per ora non si può precisarne la natura.

LECCE. *Carbonchio ematico.* — Da vari giorni è scoppiato, in alcuni punti del nostro circondario, il carbonchio-ematico tra gli ovini ed porcini. Varie masserie hanno perduto moltissimi capi di bestiame e due contadini che avevano mangiato di questa carne infetta sono morti attaccati dal male.

I proprietari allarmati dall'estendersi del male fanno eseguire la vaccinazione del bestiame col siero anti-carbonchioso Pasteur, avendone ottenuti ottimi risultati.

PISTOIA. *All' Ospedale.* — Continuano gradatamente le riforme a questo principale Istituto pio.

È già compiuta una bella sala operatoria secondo i più recenti progressi della scienza; ora si sta preparando il progetto modesto, ma savissimo, del riordinamento di tutta la Sezione chirurgica.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

O. Gerich. Uber Atmocausis und zestokausis (Pincus). (Sulla vaporizzazione e sulla vapo-cauterizzazione). Estratto aus dem *Central. für Gindkologie* 1899 n. 19.

O. Uhlworm. Medizinisch. hygienische Bakteriologie und tierische Parasitenkunde. (Batteriologia medico-igienica e parassitologia animale). Volume XXV. Fischer-Jena, 1899.

W. S. Thayer. Hipertrofie pulmonary osteo-artropathy and akromegaly. (Ipertrofia pulmonare osteo-artropatica e acromegalia) Estratto dal *The Philadelphia Medical Journal*, 5 novembre 1898. Baltimora.

E. Fink. Wan ist die Anwendung der Galvanokaustik in der Nase indicirt? (Quando è indicato l'uso della galvano-caustica nel naso?) Estratto dalla *Wiener medizinische Presse*, n. 33 e 34, 1898.

W. S. Thayer. A third case of trichinosis with remarkable increase in the eosinophilic cells. (Un terzo caso di trichinosi con notevole aumento delle cellule eosinofili). *The Philadelphia medical Journal* 1898. Baltimora.

W. S. Thayer. On nefritis of malarian origin. (Sulla nefrite di origine malarica). *The transaction of the Association of American Phisicians*, 1898. Baltimora.

W. S. Tayer. Malaria (Sulla malaria). Estratto dal *Maryland medical Journal*, 11 febbraio 1899. Baltimora.

A. Bruno. Behandlung der Lungentubercolose mit sub-cutanen Jnjectionen von Oleum camphoratum officinale Pharm. germ. (Cura della tubercolosi pulmonare colle iniezioni sottocutanee di olio canforato della farmacopea tedesca). Estratto dalla *Berliner klin. Wochenschr.* 1898. N. 48.

E. Ludwig, K. Hödlomoser und Th. Panzer. Uber den Franzensbader Mineralmoor (Sulla stazione minerale di Franzensbader). Estratto dalla *Wiener klinische Wochenschrift.*, n. 17, maggio 1899.

G. Natalucci. L'aria, l'acqua e la sabbia di mare. Civitanova. Tip. ed. Marchigiana, 1899.

U. Deganello e S. Spangaro. Aplasia congenita del cervelletto in un cane. Reperto dell'esame microscopico dei centri nervosi. Estratto dalla *Rivista di patologia nervosa e mentale.* Firenze 1898.

U. Deganello. Asportazione dei canali semicircolari, degenerazioni consecutive nel bulbo e nel cervelletto. Reggio Emilia, Calderini e figlio 1899.

Associazione del bene economico Palermo.

2ª. Relazione dal Consiglio direttivo all' assemblea dei Soci, Tip. Virzì 1899.

E. R. Coni, R. Wernicke e G. Araozsi Alfaro. Trabajos de la 3ª secciòn (ciencias medicas). Lavori della 3ª sezione (scienze mediche). Buenos Aires. Compania Sud Americana de Billetes de Banco 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13. 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

La glucosuria alimentare ed i suoi rapporti con le affezioni del pancreas

Mentre l'etiologia del diabete mellito, mercè i lavori sperimentali di v. Mering e di Minkowski, è quasi completamente definita, la glucosuria alimentare è ancora oggetto di numerose controversie. I risultati delle ricerche fatte in questo campo sono estremamente diverse, e per ora è ancora oscura non solo la maniera d'origine del fenomeno, ma anche la sua importanza per la diagnosi clinica.

Si intende per glucosuria alimentare la presenza nell'urina di zucchero d'uva dopo che si è ingerita una certa quantità del medesimo. Lo stesso fenomeno si osserva anche per altre specie di zucchero.

Già nel 1872 Sauvage riferì un caso di glucosuria alimentare che si manifestò in un uomo che aveva fatto abuso di vino dolce (diabete da vino). Un'analoga osservazione fecero, nel 1803 Nikolas e Guendeville. Recentemente la glucosuria alimentare è stato oggetto di ricerche minuziose, dalle quali è scaturito che l'uomo perfettamente sano dopo l'uso di una data quantità di zucchero superante un certo limite, presenta il fenomeno della glucosuria alimentare. La sua causa non è ancora nota; secondo Ginsberg e Neumeister i capillari dei villi intestinali, quando nell'intestino entra subitamente una grande quantità di liquido, non possono assorbire in modo sufficientemente rapido, sicchè una parte della soluzione di zucchero viene spinta nelle vie dei vasi chiliferi, e quindi direttamente nella circolazione per poi essere eliminata dai reni. E poichè si è osservata la glucosuria dopo l'ingestione di zucchero in sostanza, e nel caso in cui il sangue della vena porta si immette direttamente nella cava, come negli esperimenti di Hahn e Nencki, non si osserva la glucosuria alimentare (contrariamente a ciò che avevano ammesso Cl. Bernard e Pavy), anche quella spiegazione non è esatta. Inoltre le opinioni degli autori sul limite di assimilazione non sono concordi.

Mentre, secondo Worm-Müller, 50 gram. di zucchero d'uva sono sufficienti a produrre la glucosuria in un individuo sano, la maggior parte degli altri osservatori ha trovato cifre superiori. Secondo le odierne conoscenze i limiti della glucosuria fisiologica stanno tra 150 e 250 gr. di zucchero d'uva; se la glucosuria si manifesta con dosi minori, essa deve riguardarsi come patologica. Devesi qui osservare che non tutto lo zucchero introdotto al di là del limite d'assimilazione passa nell'urina, ma solo una parte (coefficiente di assimilazione), la quale nella glucosuria fisiologica è minore che nella patologica.

Se negli esperimenti si debba usare zucchero chimicamente puro o zucchero del commercio (che contiene solo il 66 % di destrosio), non è del pari ancora deciso. Mentre Krause e Ludwig affermano che adoperando zucchero d'uva grezzo la glucosuria alimentare comparisce più facilmente, perchè esso contiene altri corpi analoghi alla destrina, l'amilina, la gallisina, Van Oordt ed altri sono di avviso contrario. Sarebbe troppo lungo riferire tutte le discussioni su questo punto controverso. Del pari non è ancora assodato quale specie di zucchero abbia il più basso limite di assimilazione, e se la specie di zucchero che comparisce nell'urine sia la stessa di quella introdotta.

Da molto tempo si è cercato di utilizzare il fenomeno della glucosuria alimentare per la diagnosi clinica differenziale, e su questo tema sono stati scritti molti lavori. Ha sopratutto occupato l'attività degli osservatori lo studio dei rapporti tra la glucosuria alimentare e le malattie del fegato. Dopochè Pavy e Cl. Bernard riuscirono a produrre la glucosuria alimentare escludendo il fegato dal circolo negli animali a cui si era somministrato zucchero, risultato che non confermarono gli ulteriori esperimenti di Hahn e Nencki, molti lavori clinici e sperimentali hanno visto la luce per illustrare i rapporti tra glucosuria alimentare e malattie epatiche. Si può dire che i primi lavori risolvono la quistione affermativamente, mentre in generale i lavori fatti più recentemente negano qualsiasi rapporto.

Ultimamente sono state pubblicate delle ricerche riguardanti la comparsa della glucosuria alimentare nelle diverse affezioni organiche e funzionali del sistema nervoso centrale. Essa si è osservata spesso nelle nevrosi traumatiche (36 % secondo Strauss); del resto anche nella neurastenia, nell'isterismo, e nelle affezioni organiche nel 14 0|0 dei casi, secondo Van Oordt. Quest'autore ammette, quando si tratta di affezioni organiche, che la glucosuria sia effetto di lesioni nelle vicinanze del centro

del diabete; mentre per le malattie funzionali ammette un origine psicogena e nelle nevrosi traumatiche non dà alcun peso al trauma. Qui deve essere ricordata pure la frequente comparsa della glucosuria alimentare nel morbo di Basedow, e recentemente è stato osservato che dopo la somministrazione di tavolette di tiroide, abbastanza facilmente comparisce la glucosuria alimentare in persone che prima non presentavano questo fenomeno, tanto che Strauss vede nella tiroide l'agente provocatore della glucosuria. Pare anche che alcune sostanze medicamentose favoriscano, altre impediscano la comparsa della glucosuria. Inoltre debbono essere citati alcuni stati morbosi in cui si può manifestare la glucosuria alimentare: tali sono la demenza senile, l'alcoolismo cronico (*delirium tremens*), l'avvelenamento cronico per piombo. Strümpell ha osservato la glucosuria alimentare negli abituali bevitori di birra, e la spiega ammettendo che per la continua e notevole introduzione di idrati di carbonio con la birra, la funzione di scomporre lo zucchero è durevolmente impegnata e non può tener capo ad una quantità di zucchero introdotta in una volta. Nei marantici, secondo Strümpell, non si ha alcuna tendenza alla glucosuria alimentare, perchè l'assorbimento nell'intestino è rallentato e la scomposizione dello zucchero avviene poco per volta. Invece Laubenheimer afferma che la glucosuria alimentare potrebbe essere una manifestazione fisiologica della vecchiaia.

Infine debbono citarsi le ricerche di Poll e de Champagnolle sulla glucosuria alimentare nei febbricitanti: essi hanno osservato il fenomeno solo nelle malattie febbrili acute, mentre manca nella tisi florida, anche se la temperatura raggiunga alti gradi.

Da questa rassegna della letteratura si può rilevare quanto segue. I risultati delle osservazioni fatte nelle singole malattie si contraddicono spesso: una gran parte degli autori ha trovato la glucosuria alimentare soltanto in un numero più o meno piccolo dei casi avuti in esame; la spiegazione del fenomeno e sopratutto della circostanza perchè in alcune malattie esso si manifesti ed in altre manchi, non è stata data. Ne risulta dunque che la glucosuria alimentare non è per ora un mezzo ausiliario sicuro per la diagnosi di una determinata malattia. Ma gli autori sono in gran parte di accordo nel ritenere che la glucosuria alimentare molto spesso precorre la glucosuria spontanea ed il diabete mellito; anzi parecchi riguardano la glucosuria alimentare come una forma lieve di diabete mellito. Si è perciò domandato se i dati rinvenuti da v. Mering e Minkowski riguardanti l'etiologia del diabete mellito non possano illustrare anche la natura della glucosuria alimentare.

v. Mering ed i suoi scolari hanno dimostrato che la estirpazione totale del pancreas produce d'ordinario una forma di diabete mellito rapidamente mortale con tutti i sintomi clinici della malattia. Se residua una porzione per quanto piccola di pancreas, il diabete non si manifesta, anche se questa porzione di pancreas vien trapiantata sotto la pelle (vale a dire che la sua connessione coll'intestino non ha alcuna importanza). Il pancreas conserva la sua funzione anche quando è distrutto il plesso celiaco.

Quale sia questa funzione è ancora ignoto, malgrado le numerose ipotesi e teorie. Si può pertanto dire che il pancreas è dotato di una funzione fisiologica la quale, in maniera e per vie non conosciute, influisce sul ricambio dello zucchero nell'organismo.

Questa funzione è dal pancreas esercitata anche quando esso non sia del tutto integro, come è provato da tanti casi clinici, in cui mancava la glucosuria malgrado che il pancreas fosse sede di un tumore o di un processo suppurativo. L'estirpazione parziale del pancreas può dar luogo a glucosuria spontanea che rapidamente scompare, ed è stata osservata anche la glucosuria alimentare in seguito ad una lesione parziale sperimentale del pancreas. È perciò molto probabile che quando una lesione di quest'organo non è così grave da produrre la glucosuria spontanea, può dar luogo a glucosuria alimentare. Partendo da questa ipotesi Wille ha fatto una serie di esperimenti nell'uomo: ad un gran numero di infermi egli somministrava dello zucchero e notava se si verificava o no la comparsa della glucosuria alimentare; studiava poi dopo le alterazioni che all'esame istologico presentava il pancreas.

Risultò da questo studio che non sempre una lesione del pancreas dà luogo a glucosuria alimentare, ma quando l'alimentazione con lo zucchero dà risultato positivo, con massima probabilità si può ammettere una grave affezione del pancreas. Per Wille nella manifestazione della glucosuria alimentare il pancreas ha dunque grande importanza, ed essa rappresenta perciò un segno diagnostico di valore.

BIBLIOGRAFIA

Naunyn. Der Diabetes mellitus.—Oser. Erkrank. des Pancreas. — Arndt. *Zeitschr. f. Nervenh.*, 1897.—Laubenheimer. *Berl. klin. Woch.* n. 24, 1898.—Poll. *Fortschr. d. med.* n. 13, 1896. Linossier et Roque. Contrib. à l'ètude de la glyc. chez l'homme.—v. Voit. *Zeitschr. f. Biol.* Bd. 28.—Dutil. *Gaz. mèd. de Paris*, 1888.—Miraillè. *Gaz. des hôp.* 1893.—Parisot. *Thèse de Paris,* 1891. – Minkowski. *Centralbl. f. Path.* 1892.—van Oordt. *Munch. med. Woch.*, 1898. —v. Jaksch. *Prag. med. Woch.*, 1892.—Goldschmidt. *Inaug. Diss.* Berlin, 1896. —Bettmann. *Berl. klin. Woch.* 1897.—Strauss. *ibid.* 1897.—Strümpell. *ibid.* 1896.—Strauss. *Char. Ann.* Bd 22.—Strauss. *Berl. klin. Woch.* 1898. —Pavy. Die Phys. d. Kohlehydr.—Kratzschmer. *Centralbl. f. d. med. Wiss.* 1886.—Krauss e Ludwig. *Wien. klin. Woch.* 1891. — Miura. *Zeitschr. f. Biol.* 1896.—De Champagnolle. *Deut. Arch. f. klin. med.* 1898.—Cl. Bernard. Leçons sur le diabète et la glyc anim. Paris 1871.

Mendel. *Dissert. Würzburg*, 1896. — Lèpine. *Gaz. méd.* 1871.— Linossier et Roque. *Arch. de méd. experim.* 1895.— Lanz. *Wien. med. Presse* 1895.— Gelwink. *Berl. klin. Woch.* 1898.—Wille. *Deutsches Archiv. für klinische Medicin.* Bd 63 H. 5 e 6, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Psichiatria e Medicina legale della R. Università di Pisa, diretto dal prof. SADUN

INTORNO ALLA PATOGENESI DEL DELIRIO ACUTO

Dottor Urbano Alessi, aiuto

In seguito alle ricerche fatte dal Bianchi e Piccinino il delirio acuto avrebbe acquistata l'importanza di un'entità patologica speciale e ben definita, per quanto altri, con a capo il Mendel e lo Schüle, lo considerino come un sintoma di condizioni patologiche ed etiologiche molteplici.

Il Bianchi ed il Piccinino isolarono in casi di delirio acuto un microrganismo simile al *coli* o al *subtilis,* ma con caratteri colturali proprii e molto tossico, ed il Bianchi anche ultimamente all'Accademia medico-chirurgica di Napoli insisteva a credere che esista un rapporto fra il delirio acuto e il bacillo da lui trovato.

Lo stesso Bianchi però ne distingue tre forme: una senza bacilli, una con cocchi nel sangue ed una col bacillo speciale da lui studiato.

L'origine infettiva del delirio acuto era già stata affermata fin dal 1881 dal Briand e dal Rezzonico, e gli studii continuati da questo punto di vista confermarono sempre più questa opinione, ed ebbero resultati positivi il Cappelletti e il Rasori, il quale ultimo in un caso di delirio acuto avrebbe trovato nel liquido subdurale un microorganismo patogeno con caratteri morfologici e culturali speciali.

Il Ceni, studiando due casi di delirio acuto, conclude che « non sempre nella forma di de-« lirio acuto, che clinicamente corrisponde « a quella che Bianchi e Piccinino chia-« mano delirio acuto bacillare, si può riscon-« trare nel sangue il bacillo specifico da loro « descritto. In alcuni casi invece l'esame bat-« teriologico del sangue non fa che dimostrare « in esso la presenza di altri germi patogeni « e specialmente dei piogeni comuni ».

Il Cafitto invece in cinque casi non avrebbe mai riscontrato nessuno bacillo nel sangue e solo in uno avrebbe trovato microrganismi comuni.

A questi lavori va aggiunto quello recentissimo di Kazowschy, il quale dopo aver ricordata quasi tutta la letteratura relativa al delirio acuto, riferisce due sue osservazioni, in una delle quali oltre l'esame anatomico-patologico fece pure la ricerca batteriologica. Trovò così in un caso che dalle culture fatte col liquido cerebro-spinale, colla milza e col sangue del cuore, si sviluppò un microorganismo: che per i suoi caratteri morfologici e culturali qualificò per lo stafilococco piogene aureo. Conclude che il delirio acuto deve considerarsi come un sintoma e un resultato di diverse malattie infettive, piuttosto che come una forma a sè e ben definita.

Dall'esposizione sommaria di quanto si sa intorno al delirio acuto, si rileva che in quanto all'etiologia esistono ancora molte incertezze, per cui non credo inutile riferire un'osservazione in proposito.

Quest'anno in Clinica ho potuto studiare un caso di delirio acuto del quale si potè rintracciare sicuramente l'inizio, fatto questo che più o meno in tutti i casi descritti ho visto trascurato. Ed è bene subito notare che tante controversie si sarebbero forse evitate se si fosse tenuto maggior conto delle cause che dettero occasione all'insorgere del delirio.

C. M. di Palaia, di anni 37, coniugata da 12 anni ebbe 6 figli, dei quali due morirono appena nati, ed una bambina all'età di 7 anni per lesione di cuore.

Il suo lavoro di contadina e le sue occupazioni domestiche erano disimpegnati da lei con attività ed intelligenza, per quanto non avesse ricevuta alcuna istruzione.

Era donna socievole, ma energica, eccitabile e facile a lasciarsi impressionare. In quanto al gentilizio sappiamo soltanto che un fratello soffre di reumatismo articolare acuto.

Le mestruazioni, i parti, i puerperii e gli allattamenti procedettero sempre bene, ed essa non ha avuto altro che un corso di febbre (18 o 20 giorni) d'origine intestinale nel 1898.

Da quando si maritò ebbe molti dispiaceri, specialmente per la gelosia del marito, il quale da qualche tempo era divenuto inquietissimo e continuamente la maltrattava senza ragione. Costui cinque mesi fa ebbe il tifo e gli rimasero poi dei disturbi di stomaco tali da renderlo ipocondriaco e irritabilissimo. Un giorno, forse dopo aver bisticciato con la moglie, questo uomo, afferrato un rasoio, s'inferse una profonda ferita alla gola, e la C. che fu presente al fatto e che dava latte al suo bambino di sei mesi, cadde a terra priva di sensi.

Riavutasi dallo stato di svenimento cercò subito del marito e non vedendolo cominciò a

smaniare e a gridare e nella notte tentò ancora di gettarsi dalla finestra. Continuando nel delirio fu condotta all'Ospedale di Pisa.

Fu visitata la prima volta il 12 giugno: aveva occhi sbarrati e fisionomia spaventata come chi è in preda ad allucinazioni visive; era accesa in volto e sudava moltissimo; non rispondeva che a poche domande, ma sempre evasivamente, e invece cercava di continuo dicendo ripetutamente « dov'è, dov'è ». Aveva le mammelle turgide: temperatura 37°; alito fetido: le fu prescritto del calomelano e del cloridrato di morfina. Non fu possibile nessun altro esame, poichè l'ammalata nel suo delirio si agitava e si rifiutava perfino di mangiare.

Riferisco sommariamente il diario:

20 giugno. Tutta la notte insonne e si è lamentata: sputa in faccia a chi si avvicina al letto, non mangia. Continua il profuso sudore, il rossore alla faccia e l'agitazione motoria, tanto che fa sforzi per levarsi la camicia contentiva. Si prova a lasciarla libera, ma oltre a cercare di alzarsi, tenta ancora di darsi dei graffi specialmente alle parti genitali. Se s'interroga guarda con fisionomia spaventata, si agita, ma non risponde. Si presenta la mestruazione.

Temp. alla sera 37°.

21 giugno.—Notte agitatissima: evacuazione abbondante e normale: interrogata risponde seccamente « sto bene »: non prende che poche cucchiaiate di cordiale: continua la mestruazione in modo regolare; temp. alla sera 37°.1; per avere l'urina si ricorre alla siringa e se ne può ottenere poca quantità, esaminatala non vi si trova albumina nè alcun elemento renale, si nota però gran quantità di sali inorganici. Continuando lo stato congestivo della faccia si fanno due iniezioni di ergotina di Bonjean di 25 ctgr. ciascuna e si applica ghiaccio alla testa.

Fatto alla meglio l'esame del cuore e degli altri visceri non si nota nessun fatto anormale.

22 giugno.— Continuano le stesse condizioni con questo di più che mentre alla mattina la temp. è di 37°.4 alla sera invece sale a 39°.4: continua il sudore, e l'ammalata è più depressa.

23 giugno — Continuano il delirio e gli altri fatti: rifiuta tutto ciò che le si avvicina alla bocca: temp. della mattina 39°.2 con 110 pulsazioni assai valide e regolari e 24 respirazioni: è sempre più accesa in faccia e non risente affatto l'azione delle iniezioni di ergotina nè del ghiaccio. Al fratello che è venuto a visitarla gli domanda « come sta? », probabilmente volendo alludere al marito, ma del resto lo guarda spaventata e non gli dice altro: Ha alito fetido e lingua paniosa per quanto abbia evacuato: la mestruazione continua ma scarsamente.

Non risponde ma si agita continuamente. Durante il giorno sono comparse scosse generali in tutta la persona, e ogni tanto contrazioni tonico-cloniche dei muscoli oculari. Verso la metà del giorno, non potendo farsi male in altro modo, con i denti della mascella superiore si dette a mordersi con insistenza il labbro inferiore fin quasi a staccarne un brandello, anche se si cercava di aprirle e tenerle la bocca, appena libera tornava a mordersi e si mostrava quasi soddisfatta di aver trovato un mezzo per farsi del male. Si dovette improvvisare una fasciatura che le impedisse di mordersi.

A ore 19 temp. 40°.1; alle ore 21 temp. 41°.2; puls. 160, resp. 38, polso piccolo, respirazione affannosa, si fanno iniezioni di caffeina.

24 giugno — Nella notte è rimasta depressa senza peró avere mai dormito; alla mattina ha emesso dei lamenti e delle grida: ha scosse muscolari per tutta la persona, e in certi momenti è tutta contratta: temp. 39°.9.

A ore 13 la temperatura sale a 40°,9; l'ammalata sempre madida di sudore si fa paonazza in volto: pupille dilatate, reagenti lentamente alla luce: bulbi oculari deviati in alto e a sinistra. Si fanno iniezioni di caffeina e di olio canforato, ma muore a ore 14.30. Poco avanti che morisse si estraggono colla siringa pochi ctmc. di urina, la quale contiene notevole quantità di albumina: centrifugatane una piccola porzione si trovano al microscopio numerosi cilindri granulosi.

Fu fatta la diagnosi di delirio acuto.

(continua)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI CHARLOTTENBURG
reparto del dott. Grawitz

Sulla sintomatologia e diagnosi clinica del carcinoma primitivo dei polmoni
Hermann.

Il carcinoma del polmone è stato in questi ultimi decenni oggetto di ricerche scientifiche, nondimeno la massima parte dei casi è stata studiata a preferenza dal lato anatomo-patologico ed in riguardo principalmente alla istologia ed all'istogenesi del tumore. Solo in pochi casi si trova notizia dei sintomi clinici presentati dagli infermi.

Il carcinoma del polmone può avere origine o dall'epitelio dei bronchi o da quello delle ghiandole bronchiali o dall'epitelio alveolare. In quanto alla forma degli elementi, si possono distinguere carcinomi a cellule cilindriche e carcinomi a cellule piatte: questi ultimi prendono origine dall'epitelio alveolare, i primi dall' epitelio delle altre parti delle vie aeree. Macroscopicamente il carcinona dei polmoni ha i caratteri del carcinoma midollare, e riguardo alla sua diffusione, può presentarsi in forma di un tumore circoscritto o di infiltrazione cancerigna o di carcinosi miliare. La sede del tumore è o la regione dell' ilo od il lobo superiore, per lo più a destra.

La sintomatologia del cancro polmonare è assai

variabile: non ha un complesso sintomatico che possa essere designato come tipico. La varietà dei sintomi concerne la loro qualità, l'intensità e la successione, e ciò spiega come in molti casi la diagnosi in vita non può esser fatta o solo con probabilità. Havvi soltanto un segno il quale può farci fare la diagnosi con assoluta certezza, e ciò quando si riesce a dimostrare nei secreti o negli escreti degli organi del respiro forme cellulari che non si trovano nei polmoni normali e che possono aver origine soltanto da un carcinoma. Questa dimostrazione può avvenire in due modi, cioè trovando i detti elementi o nello sputo od in un essudato pleurico che si accompagna spesso al carcinoma. Il primo caso è il più frequente; oltre ad epiteli bronchiali, alveolari ed eventualmente boccali degenerati in grasso, si possono trovare cellule grandi, irregolari, di forma poligonale, spesso disposte l'una vicino all'altra. In un caso di Japha si trovarono nello sputo conglomerati di cellule epiteliali stratificate, incluse in uno stroma, il che dava l' immagine evidente di un nido cancerigno. Lo stesso risultato ebbe l' esame dello sputo in uno degli ammalati di Hermann: si trovarono qui parecchie cellule l' una accanto all' altra, con pigmento nel loro interno, insieme con corpuscoli rossi del sangue. Talvolta vengono emesse con lo sputo particelle di tumore, che fissate e sezionate mettono in evidenza la diagnosi.

Si potrebbe supporre che il reperto di cellule neoplastiche nello sputo dia anche la possibilità di diagnosticare il punto di origine del neoplasma, a seconda che le cellule sieno più o meno piatte o cilindriche.

Ma la cosa non è così, perchè da una parte le cellule che si trovano nello sputo sono per lo più così irregolarmente poligonali e così rigonfie per il processo stesso che ha causato il distacco ed anche per processi fermentativi che si svolgono nelle parti ulcerate del tumore, che non può farsi la distinzione di epitelio piatto o cilindrico. D' altra parte da cellule piatte può sorgere un carcinoma a cellule cilindriche e viceversa, allo stesso modo come dall' epitelio cilindrico della cistifellea può sorgere un cancro ad epitelio piatto od un cancroide.

Cellule atipiche possono trovarsi anche nell' essudato pleurico, nel caso che si tratti di pleurite cancerigna, sia essa primaria o secondaria. Un tale caso è stato riferito da Blumenthal: nell'essudato sanguinolento, simile ad acqua di carne, si trovarono fiocchi costituiti da masse di tumore, il cui esame microscopico dimostrò gli elementi caratteristici del carcinoma. Una certa analogia con questo caso ha quello di Japha: nel liquido pleurico aspirato si trovarono conglomerati di cellule, la cui struttura era analoga alle cellule del carcinoma; ma l' autore non si decise ad ammettere con assoluta certezza il tumore, perchè le cellule erano molto ricche di grasso, e tali cellule possono trovarsi anche nell' essudato pleurico tubercolare.

Oltre alla pleurite carcinomatosa specifica, sia primaria o secondaria a carcinoma del polmone, deve tenersi conto della pleurite non specifica che può accompagnare il carcinoma polmonare. In circa la metà dei casi registrati nella letteratura si trova l'essudato pleurico concomitante.

Come ogni altra affezione polmonare, il carcinoma può esercitare uno stimolo sulla pleura, al quale questa reagisce con un essudato sieroso, il quale ulteriormente diventa siero-fibrinoso: depositi di fibrina si formano sulla pleura, i quali più tardi si organizzano e si trasformano in un tessuto fortemente vascolarizzato e facilmente sanguinante.

Le emorragie hanno luogo nel cavo pleurico, e così l'essudato diventa emorragico. Ciò spiega come l'aspirazione in principio dimostri liquido sieroso ed infine emorragico. L' essudato emorragico non può ritenersi patognomonico del carcinoma pulmonare, perchè può aversi anche nella tubercolosi.

L'esame microscopico del liquido sanguinolento dimostra la presenza di numerosi globuli rossi più o meno alterati, poi anche globuli bianchi, pochi epiteli e lembi di fibrina, eventualmente cristalli di ematoidina. Del resto il reperto varia secondo la data dell'emorragia. La maniera con cui questa ha luogo non può facilmente determinarsi: per lo più gli elementi del sangue fuoriescono per *rhexis* dai vasi neoformati e facilmente lacerabili in parte anche per diapedesi. Il pèso specifico e la quantità dell'essudato emorragico sono varii.

All'esame fisico questa pleurite dà gli stessi segni di ogni altra pleurite: ottusità assoluta con diminuzione del fremito vocale tattile, mormorio vescicolare indebolito od abolito, spostamento di organi vicini, scomparsa dello spazio semilunare di Traube, modificazioni nel volume del torace etc.

Oltre alla pleurite essudativa trovasi in parecchi casi di carcinoma del polmone la pleurite secca con formazione di callo pleurico. In questi casi di raggrinzamento pleurico, anche se nello stesso tempo ci sia un pó di liquido, la metà corrispondente del torace può essere retratta. A questo fenomeno del *rètrècissement thoracique* A. Fränkel attribuisce grande valore diagnostico. e per lui questo è un segno patognomonico di neoformazione maligna del polmone.

L'essudato pleurico che accompagna il carcinoma polmonare può essere anche purulento; può cioé aversi l'empiema. Come esso si formi è dubbio, giacchè il pus in questi casi è assolutamente sterile, come lo dimostrano le inoculazioni negli animali.

In base a questo reperto si deve dire o che il pus nel caso speciale esiste nella pleura da lunghissimo tempo, ovvero che non si tratti di pus, ma di chilo. I versamenti chilosi nel carcinoma del polmone sono stati oggetti di minuziosa discussione in una memoria di A. Fränkel.

Un altro segno che coadiuva la diagnosi è costituito dalle metastasi. Sopratutto le tumefazioni ghiandolari indicano che esiste un tumore maligno. Nel carcinoma pulmonare si tumefanno le ghiandole cervicali, le ascellari e le sottolinguali, poi le inguinali. Queste metastasi possono svilupparsi si può dire sotto gli occhi dell'osservatore, perchè nei punti in cui a principio non si trovavano ghiandole tumefatte, più tardi si palpano cordoni e pacchetti ghiandolari. In tali casi poi bisogna escludere che l' affezione ghiandolare abbia altra origine. Più facile è la diagnosi quando si tratta di metastasi negli organi interni (fegato, ossa ecc).

I fenomeni locali dei polmoni si manifestano in modo diverso: in taluni casi s'ha in principio una manifesta ottusità circoscritta, per lo più nel lobo superiore destro; in altri casi invece (e ciò avviene più spesso) l' ottusità comparisce in ultimo tempo. I fenomeni dell' ascoltazione sono pure incostanti: il murmure respiratorio nella zona di ottusità ora è bronchiale, ora indeterminato, e si possono trovare tutti i possibili rumori accessori, a seconda delle condizioni fisiche che si hanno nel caso in ispecie.

In moltissimi casi colpisce il forte deperimento dello stato generale in confronto alle lievi lesioni apprezzabili all'esame fisico dei polmoni. Un tisico ed un carcinomatoso offrono a questo riguardo caratteri molto diversi.

Lo sputo nella maggior parte dei casi è simile a conserva di lamponi od a succo di prugna; per lo più è sanguinolento e ricorda la sputo pneumonico, ma è molto diverso dallo sputo tubercolare: quest'ultimo è nummulare, lo sputo carcinomatoso è più tenace, mucoso, si attacca al vetro ed è filamentoso. Si intende che la presenza dei bacilli tubercolari costituisce il carattere differenziale più importante.

L'esame microscopico rileva nello sputo carcinomatoso gli ordinarii componenti dello sputo, dippiù corpuscoli rossi del sangue, talvolta fibre elastiche.

La cachessia cancerigna messa in rapporto con gli altri sintomi può in alcuni casi guidare alla diagnosi. La cachessia nel carcinoma pulmonare è più tardiva e meno intensa di quella che si sviluppa nel carcinoma dello stomaco e dell'intestino probabilmente perchè in quest'ultimo caso ha luogo un assorbimento più rapido di veleni.

Quando il tumore ha raggiunto una notevole grandezza, possono sorgere sintomi di compressione: in un grande numero di casi si ha stasi venosa, perchè viene compressa la vena cava superiore od un suo grosso ramo, ed allora si vede sviluppato il reticolo venoso sottocutaneo nella metà superiore del corpo. In taluni casi di occlusione completa della vena cava, la azygos o la semiazygos possono assumere una funzione vicaria; oppure si possono formare anastomosi tra la vena mammaria interna e l'epigastrica.

Infine oltre al marezzamento venoso si osserva anche edema, che spesso si vede solo al braccio ed al volto, ora invece in tutta la metà superiore del corpo. La stasi nei polmoni si rivela con la dispnea, e come effetto dell'aumento di resistenza nel sistema circolatorio polmonare si ha ipertrofia del ventricolo destro ed accentuazione del 2° tono sulla polmonare. Quando il volume del tumore aumenta ancor più, si ha atelettasia di parte del polmone, si può avere compressione dei bronchi e della trachea ed un rumore respiratorio stridente, distinto col nome di *cornage*. Per compressione dell'esofago si ha disfagia. In questo caso potrebbe sorgere il dubbio di un carcinoma dell'esofago, e la diagnosi spesso è assai difficile: la cauta introduzione della sonda esofagea può togliere ogni dubbio. L'irritazione del ricorrente causa disordini della funzione laringea, che si manifestano con raucedine ed all'esame laringoscopico con paralisi. La compressione del plesso brachiale fatta da metastasi ghiandolare è causa di disordini di innervazione del braccio. La pressione esercitata a lungo sulle costole, può usurarle, in modo che il carcinoma si apre la via all'esterno.

La quistione se si tratta di carcinoma polmonare primitivo o secondario è per lo più facile a risolversi, quando si ha occasione di osservare lo sviluppo di una metastasi, esistendo già il carcinoma polmonare. Può anche succedere che un carcinoma primitivo del polmone non dia alcun sintomo, mentre prevalgono i sintomi dei carcinomi metastatici, ed allora soltanto l'autopsia può decidere.

La diagnosi differenziale fra carcinoma e sarcoma può farsi in seguito all'esame degli elementi cellulari caratteristici dello sputo o dell' essudato pleurico od all'esame di una ghiandola con metastasi.

Può trattarsi anche di un tumore benigno; lipoma, fibroma, encondroma; evidentemente in tali casi non si ha cachessia. Si sono osservati anche cisti dermoidi del polmone.

Se sorge il dubbio di un'aneurisma, si cercheranno i sintomi di quest'ultimo. La sifilide polmonare può essere rischiarata con l' anamnesi. Le alterazioni gommose diffuse possono forse dare fenomeni analoghi al carcinoma polmonare; eventualmente altre alterazioni sifilitiche nell' organismo possono illustrare la diagnosi. (*Deutsches Arch. f. klinische Medicin.*, Bd 33, H 5, 6, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA DI FERRARA

Seduta del 29 luglio 1899.

Presidenza Tambroni

(nostro resoconto particolare)

A. Boari. **Ulcera gastrica recidiva; gastro-enterostomia retrocolica.**

E. Casati. **Nuovo processo di nefropessia.**—Il nuovo processo già messo in pratica una volta con pieno successo dopo ripetuti esperimenti sul cadavere si esegue nel modo seguente. Taglio della pelle dall'arco costale fino all'altezza della S. I. A. S. lungo il margine esterno del muscolo retto dell'addome.

Sezionando e divaricando i muscoli si giunge sul peritoneo che si scolla fino che si giunge sul rene, che viene fissato alla ferita. Si decortica dalla sua capsula tutta la superficie anteriore del rene, che anteriormente è priva o quasi di grasso (il che è un vantaggio), si fa entrare il rene nella sua loggia dove lo si fissa con un punto ad ansa nel lobo inferiore che esce posteriormente al dorso nell' 11° spazio intercostale. Questo punto si dà con grosso catgut infilato in due aghi retti, lunghi e sottili, e non ha altro scopo che di tenere momentaneamente il rene fisso nella sua posizione.

Con un cucchiaio si irrita il peritoneo posteriore che corrisponde alla superficie anteriore del rene; fra questi e il peritoneo stesso si estende una grossa falda di garza che si fa uscire dalla ferita cutanea angolo superiore. Sutura del resto della ferita a strati. Dopo 7 giorni si comincia a ritirare la falda di garza e così di seguito tutti i giorni finchè in 4 giorni lo stuello è ritirato completamente. Si medica a piatto fino a guarigione completa. I vantaggi del nuovo processo sarebbero che il rene è fissato nella sua vera loggia, che ha una maggiore superficie di adesione e che l'adesione avviene coi tessuti coi quali è fisiologicamente in contatto. Nel caso operato in questo modo dopo 50 giorni dell'operazione, nella stazione eretta, e dopo avere fatto degli sforzi muscolari, non si avvertiva che il polo inferiore del rene nelle profondissime inspirazioni.

A. Ghedini. **Delle adeniti inguino-crurali sub-acute**— In base a numerose osservazioni d'infermi d'adenite sub-acuta da lui operati nell'Arcispedale di Sant'Anna, ha potuto fare uno studio clinico completo dell'affezione in discorso.

Tracciatane l'etiologia, la sintomatologia, la diagnosi e la prognosi, ne discute la cura che egli vuole sia sempre chirurgica.

L'enucleazione delle glandole però che è l' operazione, cui si è tenuta la maggior parte dei chirurgi nella cura delle adeniti sub-acute dell'inguine, non è scevra di pericoli e d'inconvenienti; basta infatti si ricordino la eventuale ferita dei vasi femorali e della vena safena, le linforaggie per lo più inevitabili che impediscono la riunione *per primam*, l' edema elefantiasico dei genitali esterni che può conseguire all' ablazione bilaterale dei gangli inguino-crurali.

Egli è per queste ragioni che crede preferibile l'adenotomia secondo un processo che ha già messo in pratica con successo in alcuni dei suoi casi: messe a nudo le glandole della regione con un'incisione parallela all'arcata di Falloppio, spacca i singoli gangli secondo il loro maggior diametro con incisioni multiple parallele che interessano quasi tutto lo spessore del parenchima glandolare e permettono di spiegare le glandole come le pagine di un libro aperto; da ultimo zaffa con garza jodoformica.

Conclude quindi riportando i resultati degli esami istologici ch'egli ha fatto per tutti i gangli asportati.

A. Ghedini. **Nuovo pessario vagino-uterino** — Esposta brevemente la storia dei pessari endo-uterini e fatta una critica diligente e chiara di tutti quelli sinora conosciuti, presenta un nuovo pessario che egli chiama vagino-uterino essendo il suo punto di fissazione principalmente vaginale.

L'istrumento, che consta di un anello elissoidale posteriore cui si innesta un semianello anteriore unito al primo, inferiormente, da una piccola asta, sostiene una cannula d'alluminio lunga circa 5 cm. Si annette poi ad esso una cannula uterina a doppia corrente.

Questo nuovo pessario semplice ed elegante, costruito in filo d' alluminio rivestito di caoutchouc ha il pregio di essere leggerissimo, ben sopportabile, di potersi infine (a differenza per esempio di quello del Pinna-Pintor) applicare anche su donne che siano affette da stenosi del canale uterino susseguente ad amputazione del collo.

P. Bollici. **Un caso di chirurgia cerebrale.** — Presenta una malata in cui estirpò un grosso tumore cerebrale situato nella regione motoria prerolandica di destra: l'intervento operativo compiutosi in circostanze difficili per la impossibilità, date le condizioni della malata, di determinare una cloroformizzazione completa, fu seguito da ottimi risultati

Cappelletti

RICAMBIO MATERIALE

SULLA PENTOSURIA ALIMENTARE DEI DIABETICI

V. Jaksch ha fatto alcune ricerche per vedere se l' arabinosio, lo xilosio ed il ramnosio possano essere utilizzati dall' organismo dei diabetici. (*Deutsches Arch. f. klin. med.* Bd 63, n. 5,6). Su questo soggetto vi sono fin'ora solo gli esperimenti di Lindemann e di May, i quali somministrarono ai diabetici il ramnosio e trovarono che di esso l' 88 0[0 viene assimilato.

Analoghi esperimenti fece già V. Jaksch nei non diabetici.

Egli determinava nelle urine contenenti pentosio gli idrati di carbonio mediante la titolazione col processo di Fehling-Soxhlet e con la polarizzazione, e dai valori ottenuti per la riduzione e polarizzazione calcolava la quantità di idrati di carbonio contenuta nell' urina corrispondente mediante un'eguaglianza con due incognite, a cui stavano a base i valori di riduzione e rotazione. Naturalmente veniva in precedenza stabilito che l'urina in esame contenesse una sola specie di idrato di carbonio (glucosio). V. Jaksch osserva che solo adoperando il processo di titolazione con le norme indicate da Soxhlet ed un esatto polarimetro (egli si serve e raccomanda il polarimetro di Lipprich), si possono ottenere risultati esatti.

Le ricerche fatte con l'arabinosio diedero risultati diversi a seconda che si trattava di una forma leggera o grave di diabete. In generale esso viene eliminato dai diabetici in una proporzione variabile del 49 all' 82 0[0, dà luogo ad aumento dalla scomposizione dell' albumina, ha effetti accessori sgradevoli, in quanto che in un caso 50 grammi bastarono per produrre una forte diarrea. Per queste ragioni l' arabinosio non può essere impiegato nell'alimentazione dei diabetici a sostituire il glucosio.

Lo xilosio viene eliminato per le urine dal diabetico solo in piccolissime quantità, quando la dose somministrata non supera i 29-30 grammi. Ciò parebbe un risultato favorevole, il quale dovesse permettere l' uso della sostanza nei diabetici. Ma la cosa non è così, perchè se lo xilosio non viene eliminato per le fecce e per le urine solo in piccola quantità, e se esso non produce diarrea, come lo arabinosio, pure è causa di un forte aumento della diuresi e di un aumento enorme della scomposizione dell'albumina, quale è prodotto soltanto dal fosforo a dosi tossiche. Per queste ragioni lo xilosio non è adatto assolutamente a sostituire gli altri idrati di carbonio nell'alimentazione del diabetico.

Il ramnosio viene eliminato per le urine e le fecce dei diabetici in proporzione diversa da 27,66 0[0 a 49,28 0[0, aumenta la diuresi, causa diarrea come l'arabinosio ed aumenta anch' esso in modo notevole il consumo dell'albumina.

In conclusione nessuno dei pentosi sperimentati può essere adoperato nell'alimentazione dei diabetici.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nel *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, diretto da v. Ziemssen e Moritz, Bd 63, H. 5 e 6, 1899.

1. E. Fuchs. **Contributi alla conoscenza dell'origine, della presenza e del significato delle cellule eosinofile, con speciale riguardo allo sputo.**—Le cellule eosinofile non hanno un modo unico di origine; esse possono derivare tanto dalle granulazioni neutrofile, quando dagli eritrociti metamorfosati, per una specie di fagocitosi. La loro origine non è legata a nessun organo determinato, possono sorgere da tutti i tessuti e da tutti gli organi, e quindi si trovano dappertutto. Ne segue che il fenomeno dell' aumento o della diminuzione delle cellule eosinofile nel sangue non può essere interpretato da un punto di vista unico. Secondo Fuchs, esse non hanno alcuna importanza nè diagnostica nè prognostica. Nella febbre le cellule eosinofile sono scarse. Nello sputo esse derivano probabilmente dall' apparecchio respiratorio. Nell'asma bronchiale non hanno alcun valore diagnostico-differenziale, e possono trovarsi in tutte le malattie afebbrili del tratto respiratorio in quantità variabile. Nei febbricitanti si osservano per lo più alla fine delle febbre. L'ipotesi di Teichmüller, secondo cui le cellule eosinofile nelle tubercolosi polmonare possano essere per noi un indice obiettivo del potere di resistenza del singolo infermo e possano perciò avere un'importanza prognostica, è un'ipotesi troppo esagerata. Le cellule eosinofile per Fuchs rappresentano una specie di polizia sanitaria contro l'invasione dei microbi di ogni natura, e perciò quegli organi e quei tessuti che sono più soggetti alle invasioni microbiche, sono più ricchi di quelle cellule. Nondimeno questa ipotesi, che pare sia solo contraddetta dallo scarso numero di cellule eosinofile nella febbre, ha bisogno di ulteriore conferma.

Per la dimostrazione di dette cellule Fuchs si serve del metodo di Teichmüller modificato da lui stesso. I preparati di sputo diseccati e passati per 3 volte alla fiamma si tengono per due minuti in una soluzione idro-alcoolica $^1/_2$ $^0/_0$ di eosina, poi si passano in alcool 50 0[0 fino alla decolorazione. Rimangono così colorate solo le granulazioni eosinofile ed in parte anche i globuli rossi. Si fa la colorazione di contrasto col bleu di metilene.

2. W. Teichmüller. **La bronchite eosinofila.** La denominazione di catarro eosinofilo fu introdotta da F. A. Hoffmann per quella specie di bronchite, in cui lo sputo si distingue per una enorme quantità di cellule eosinofile. Questa specie di bronchite ha molti punti di contatto con l'asma bronchiale, anzi alcuni casi possono essere addirittura riguardati come stadii iniziali, forme rudimentali di asma. Altri casi invece non hanno alcun rapporto con l'asma bronchiale, ma non è possibile una distinzione netta. L' etiologia della bronchite eosinofila è ignota come quella dell'asma. Dei momenti ereditari predisponenti va tratta in campo in primo luogo la tubercolosi: spesso in una famiglia in cui uno dei figli è colpito da tubercolosi polmonare, un'altro presenta questa for-

ma speciale di catarro eosinofilo. Inoltre ci sono casi di tubercolosi pulmonare associati ad asma. D'altra parte nei tubercolotici spesso sono numerose le cellule eosinofile nello sputo, anzi per Teichmüller qui esse hanno una grande importanza prognostica, perchè si trovano abbondanti quando il processo bacillare è nel suo stadio iniziale o quando, nelle forme avanzate, il potere di resistenza dell'organisno è molto elevato.

Altri momenti ereditari predisponenti sono l'alcoolismo, la sifilide e la neurastenia dei genitori. Fra le altre cause predisponenti vanno citate inoltre la scrofola e la rachitide. Le malattie nasali pare che non dieno luogo ad alcuna predisposizione speciale. Momenti occasionali sono le influenze atmosferiche e le più diverse azioni nocive.

Nel decorso della bronchite eosinofila non si può distinguere un inizio acuto. La malattia dura più di 40 giorni, in modo che appartiene alle bronchiti croniche. Il decorso è vario secondo la cura e l'intensità del catarro; è caratteristico che ad intervalli si ha uno stato di benessere completo.

Riguardo ai sintomi, raramente havvi un disordine obiettivo della respirazione; molti infermi si lagnano però di affanno dopo aver molto parlato. Alla percussione si trova enfisema polmonare solo nei casi sfavorevoli e recidivanti. All'ascoltazione si sentono rantoli e ronchi ed espirazione prolungata. Questi fatti sono per lo più diffusi a tutto l'ambito polmonare. La tosse è un sintomo quasi costante. L'espettorato è trasparente, mucoso, fluido e non ricorda per nulla quello tenace, denso dell'asma bronchiale. Esso può essere anche mucopurulento. Le cellule eosinofile sono abbondantissime, sono rare le cellule epiteliali bronchiali ed i corpuscoli rossi, si trovano cristalli di Leyden, mancano spirali tipiche, qualche volta spirali rudimentali senza filamento centrale, che del resto sono state trovate in molte affezioni bronchiali e pulmonari e non hanno alcun valore diagnostico speciale. Esistono inoltre quasi sempre dolori al torace, cefalea, disappetenza, vomito, stitichezza, raramente febbre.

La prognosi in generale è buona; può essere sfavorevole nei casi in cui esistono deformità sul torace, quando è pregressa una pulmonite o esistono ispessimenti pleurici.

3. A. Posselt. **Sulla patologia dell'echinococco alveolare (multiloculare) del fegato.** —Il fegato è quasi sempre ingrandito; all'ispezione la regione corrispondente non di rado é prominente. La figura che ha il fegato alla percussione in generale non offre nulla di caratteristico; soltanto nell'echinococco multiloculare la linea superiore dell'ottusità raggiunge appena e non oltrepassa per lo più l'altezza della papilla mammarla, mentre la linea superiore nel cancro del fegato supera spesso di molto questo livello. Il tumore di fegato nell'echinococco ha per lo più superficie liscia. La consistenza é per lo più notevole. La fluttuazione è caratteristica di altri processi morbosi (ascessi). La sede di predilezione dell'echinococco multiloculare è il lato destro del fegato. Lo stato del margine inferiore del fegato dipende dalla sede della ciste, dalla reazione del tessuto epatico, dalla rapidità di sviluppo. In generale nell'echinococco multiloculare è tanto raro un margine tagliente, quanto un margine estremamente arrotondato; rarissime sono poi le intaccature del margine. Il dolore spontaneo ed alla pressione è raro e quando esiste è segno di complicazioni da parte del peritoneo. Raro é l'ingrandimento della cistifellea. Il sintomo ritenuto quasi costante da Niemeyer ed Ott, ossia l'edema nella regione epatica, non é frequente ad osservarsi. Un sintoma ordinario dell'echinococco del fegato è l'itterizia che può essere assai intensa, e suole manifestarsi quando esistevano già altri fenomeni morbosi. Però anche quando l'ittero persiste a lungo nell'echinococco del fegato, lo stato generale può conservarsi relativamente buono, perchè al contrario di ciò che succede nei processi che colpiscono direttamente od indirettamente la cellula epatica, nell'echinococco questa conserva in massima parte la sua funzione e la secrezione interna non é ostacolata. L'ascite può esistere e può mancare. Qui merita di essere osservato che ogni singolo sintomo ha poca importanza diagnostica preso per se solo: piuttosto devesi tener conto della combinazione dei vari sintomi e della loro successione. Grave itterizia con tumore di milza è favorevole all'echinococco multiloculare; ascite con tumore di milza è meno favorevole a questa diagnosi; mancanza di itterizia, ascite e mancanza di tumore di milza sono un insieme di sintomi contrari all'echinococco e favorevoli al carcinoma primitivo. Posselt ha poi osservato un altro sintomo nell'echinococco del fegato, la grande tendenza di sudori profusi, che egli crede sieno di origine riflessa. Il modo di comportarsi delle fecce merita la nostra attenzione. In principio havvi stitichezza, che poi si alterna con diarrea: talvolta havvi stitichezza ostinata per tutto il decorso della malattia. Nel decorso ulteriore spesso si hanno fecce sanguinolenti, e nell'ultimo stadio diarree colliquative. Quando esiste ittero, le fecce sono costantemente scolorate, mentre nella cirrosi ipertrofica si alternano fecce colorite e scolorate, anzi, malgrado l'itterizia spesso rilevante, d'ordinario poi le fecce sono colorate.

Di grandissima importanza diagnostica è il pesare sistematicamente gli infermi mentre durante l'aumento di volume del fegato nella cirrosi biliare ipertrofica e nel carcinoma ha luogo una diminuzione notevole e progressiva del peso del corpo, nell'echinococco multiloculare nello stesso periodo non si nota alcuna differenza nel peso del corpo

o questo in alcuni di essi anche aumenta. Ciò in gran parte é dovuto al fatto che nell'echinococco l'appetito rimane molto più a lungo bene conservato, sono anzi riferiti casi di vera bulimia. L'esame del sangue nell'echinococco del fegato con grave itterizia, dimostra, nei casi osservati da Posselt, che il numero dei globuli rossi e l'emoglobina sono di poco diminuiti, anche talvolta ci può essere una lieve leucocitosi digestiva. L'itterizia è causa di una diminuzione del potere di resistenza degli eritrociti.

Come in ogni malattia accompagnata da itterizia, sono frequenti nell'echinococco del fegato le emorragie degli organi interni e nella cute.

Interessante è il modo di comportarsi della milza: mentre nell'echinococco multiloculare del fegato, senza complicazioni, il volume del fegato aumenta in correlazione con l'aumento del fegato, nel carcinoma epatico la milza non si ingrandisce, e nella cirrosi ipertrofica la milza può raggiungere proporzioni enormi.

La puntura esplorativa ha grande importanza per la diagnosi: essa può eseguirsi tutte le volte che mancano fenomeni infiammatori, quando il tumore è bene fissabile e la parete della ciste non è molto rigida. Ha pure molto valore per la diagnosi l'apertura spontanea della ciste all'esterno ed il vuotamento di vescicole e di membrane. Il modo di comportarsi dell'urina nell'echinococco del fegato é stato studiato da Posselt. I fatti importanti che egli ha ricavato nei casi non complicati, in confronto alle altre malattie epatiche, sono questi, che è aumentata l'eliminazione della urina e nello stesso tempo quello dei suoi componenti solidi e specialmente dell'urea. Infine Posselt si intrattiene sull'occorrere dell'echinococco multiloculare del fegato sopratutto in alcune classi della popolazione, sulla sua frequenza secondo il sesso, l'età ed il soggiorno degli individui.

4. E. Wille. **La glucosuria alimentare ed i suoi rapporti con le affezioni del pancreas.** V. pag. 637.

5. Hermann. **Sulla sintomatologia e diagnosi clinica del carcinoma primario dei polmoni.** — Vedi pag. 640.

7. F. Lommel. **Sull'origine dell'acido ossalico nell'urina.** — Da queste ricerche si deduce che l'acido ossalico dell'urina dell'uomo solo in piccola parte deriva dall'acido ossalico introdotto con gli alimenti; la massima parte di esso si forma nell'organismo stesso. L'acido ossalico che si elimina con l'urina e con le fecce dopo l'introduzione di grandi quantità di acido stesso, rappresenta solo una piccola frazione dell'acido ingerito. Probabilmente attraverso l'organismo l'acido ossalico viene scomposto in gran parte, e la sua scomposizione nell'intestino non è esclusa dalle ricerche di Lommel. Inoltre quest'autore ha stabilito che la eliminazione di acido ossalico non sta in rapporto diretto con la scomposizione dell'albumina, e che un'alimentazione ricca di nucleina aumenta l'eliminazione oltrechè dell'acido urico, dell'ossalico.

7. R. v. Jaksch. **Sulla pentosuria alimentare nei diabetici.** — Vedi pag. 643.

FORMULARIO

A. Robin. — **Cartine contro la emicrania**

Antipirina / Bromuro di potassio . . .	ana gr. 0,50
Cloridrato di cocaina. . . .	» 0.01
Caffeina	» 0,02
Polvere di *paullinia sorbilis* .	» 0,30

Mischia; per una cartina. Fa 6 cartine simili. Da prenderne una dopo le prime manifestazioni dell'accesso d'emicrania.

Crocq. — **L'ittiolo nella sciatica**

1. Dare 6 a 8 capsule d'ittiolo di 10 centgr. al giorno.

2. Fare 5, 6 volte al giorno delle frizioni col linimento seguente:

Ittiolo.	gr. 50
Glicerina.	» 20
Acqua.	» 30

NOTIZIE E VARIETÁ

La Peste

Oporto 25. — Furono constatati ieri due casi di peste. La partenza dei treni è sospesa.

Roma 25—Essendosi manifestati dei casi di peste in Cina, il Governo ha autorizzato i comandanti delle navi italiane, che trovansi in quelle acque, ad attuare tutte le misure di precauzione che riterranno del caso.

L'autorità giudiziaria di Roma ha iniziato procedimento contro tre corrispondenti di giornali inglesi, ritenuti responsabili di avere sparsa la falsa notizia dello scoppio della peste bubbonica in Italia.

Madrid, 26,—Si ha da Oporto che ieri si sospesero le comunicazioni ferroviarie.

Domani si stabilirà il cordone sanitario terrestre e marittimo. La popolazione protesta irritatissima. Aumentano i casi fulminanti. Oggi però si hanno notizie più rassicuranti. Ufficialmente si dice che ieri non vi sia stato alcun caso.

Roma, 24 — La direzione generale di Sanità smentisce gli annunziati casi di peste a Messina e Napoli.

Le precauzioni, rigorosamente dettate ed osservate, fanno credere che l'Italia andrà immune dal morbo.

Roma, 24—Essendo state diffuse false notizie di

casi di peste a Napoli ed a Palermo mentre la salute pubblica in tutto il Regno è ottima, il ministro dell'interno ha con circolare telegrafica, invitato i prefetti ad accertare gli autori delle false notizie per la eventuale procedura a termini di legge.

Roma, 25,—Il ministro dell'interno, oltre ai due medici già inviati ad Oporto, ha disposto che ne partano altri tre fra cui il dott. Ivo Bandi, medico di porto a Messina, che è stato nominato capo della missione, coll'incarico di studiare la profilassi della peste bubbonica.

Le Associazioni pei fanciulli deficienti

La sorte di tanti fanciulli infelici, cui difetta il lume dell'intelletto, pare abbia richiamata l'attenzione del Governo. E come in Inghilterra, in Germania, negli Stati Uniti, speciali leggi provvedono alle anormali condizioni psico-fisiologiche di codesti disgraziati, così anche in Italia, se non mancherà il concorso diretto ed efficace Governo, potremo tra breve salutare con plauso il sorgere di quelle istituzioni intese alla tutela ed alla educazione riparatrice di tanti poveri esseri.

Una circolare che, d'accordo col Ministero della pubblica istruzione, il Ministro dell'interno ha diramato ai Prefetti segnala l' utilità delle Associazioni pei fanciulli deficienti, il carattere altamente umanitario dei loro scopi e nello stesso tempo li interessa a favorirne l' incremento per quanto sarà possibile.

Insiste inoltre il Ministero perchè codesti sventurati sieno protetti di fronte alla società e alla legge.

Nella società difatti vi è tutto un repertorio di professioni umili che essa può stabilire con profitto per questi disgraziati e che oggi giorno sono spesso monopolio di oziosi, da quella di venditori ambulanti di cerini a quella di lustrascarpe.

Di fronte alla legge poi vi è tutto il compito grave e complesso della protezione legale di colui che, nella lotta per la vita, può disporre di armi inadatte a misurarsi con quelle dei più abili e dei più progrediti.

Il nuovo sanatorio di Hendaye

È un ricovero per i bambini poveri tubercolotici di Parigi, situato in riva al mare, in posizione splendida ed in vista dei Pirenei, vicino alla cittadina di Hendaye. Il clima è dolce e temperato, con brezze marine e con acqua potabile fresca purissima in vicinanza.

I lavori cominciarono nel settembre 1897, diretti dall'architetto Belout e volgono a termine. Il fabbricato è capace di 200 letti, 100 maschi e 100 femmine di età non superiore agli anni 15. È costituito a norma del programma della Commissione da: 1° un lazzaretto completamente isolato per l'osservazione dei nuovi arrivati; 2° quattro padiglioni per malati, di 60 letti ognuno; 3° una infermeria; 4° un fabbricato per i servizii generali; 5° un piccolo padiglione per gli uffici; 6° un piccolo padiglione per il portinaio con scuderia e rimessa; 7° due sale o scuole per l'insegnamento; 8° due cortili coperti; 9° un padiglione per la lavanderia ed uno per stazione di disinfezione e camera mortuaria.

Il terreno è a pendenze rilevanti ed i vari padiglioni sono ad altezza conveniente. Sulla spiaggia si trova lo *chalet* delle cabine per i bagni di mare e per il bagno di sabbia. Il lazzaretto ed i giardini annessi sono bene isolati da tutto il resto dell'edificio. L'intonaco dei muri è in cemento, internamente a stucco con spigoli arrotondati; pitture chiare a vernice lavabile, grandi invetriate con *vasistas* alla parte superiore, manovrabili dal basso; pavimenti in legname ben connesso od in cemento monolitico a colori nelle latrine, bagni, ecc., fino a m. 4,50 dal suolo le pareti sono rivestite di piastrelle di terra cotta ceramicata; la fognatura è *tout l'egout à la mer*, con scarico discosto dalla località, tubi ecc.. in ghisa smaltata, mobili e letti in ferro verniciato.

L'area occupata è di circa 57,000 mq. e quella coperta di mq. 3900 (cioè mq. 31 a ricoverato). Il costo totale è di lire 70,000 compreso lire 26,000 per l'acquisto del terreno. Calcolando 230 letti, il costo unitario per letto è di 247 franchi. Questo sanatorio è istituzione umanitaria di primo ordine e per ora senza rivali al mondo dell' ingegneria sanitaria.

GAZZETTINO

FRANCIA. *Profilassi della psittacosi.*—Per evitare le epidemie di psittacosi a bordo dei propri *steamer*, la compagnia « Chargeur-Reunis » ha interdetto formalmente il trasporto dei pappagalli. È la prima volta, in Francia, che una Compagnia di navigazione prende questa importante misura sanitaria. È da augurarsi che le altre compagnie francesi di navigazione, seguano l'esempio dei « Chargeur-Reunis » che in questa circostanza, hanno mostrato, che l'igiene, checchè se ne dica, non impedisce punto gli affari, anzi al contrario.

PARIGI. *Condizioni sanitarie.*—Il servizio di statistica municipale durante la 31ª settimana, ha enumerato 1114 decessi, mentre che nella settimana scorsa si arrivò a 948. Si sono avuti: 31 decessi per tifoide, 22 di roseola, 5 di scarlattina, 10 di difterite, 3 di pertosse.

La diarrea infantile presenta un notevole aumento. Essa ha causato 174 decessi. Si sono avuti 69 decessi per malattie dell'apparecchio respiratorio. La tisi ha dato 188 decessi, la meningite tubercolare 17, la meningite semplice 28, l'apoplessia, la paralisi e il rammollimento cerebrale 49 decessi, le cardiopatie 68, il cancro 68, e infine 40 vecchi sono morti per marasma.

PARIGI. *Consiglio di igiene pubblica del dipartimento della Senna.*—Al Consiglio di igiene e salute

pubblica dal dipartimento della Senna il dott. Vallin ha letto un importante rapporto sui lavori delle Commissioni d'igiene del dipartimento medesimo intraprese fin dal 1897.

Malgrado i progressi della scienza e dell'igiene la tubercolosi fa sempre strage ed ogni giorno miete nuove vittime. Si dilunga a parlare del contagio, dei veicoli del medesimo e dei mezzi come evitarlo, in quanto ci é possibile. Epperó egli ritiene che la polvere delle strade sia uno degli agenti più comune di trasmissibilità della tubercolosi. Infatti è risaputo che la polvere contiene germi, (della tubercolosi, della difterite etc.), ora spazzando le strade viene ad essere sollevata e poi cade sulle sostanze alimentari, (carne, pane, frutta, legumi, latte, burro, formaggio etc.), che sono esposte nelle botteghe, inoltre essa penetra negli appartamenti e quel che è più nelle narici e nella bocca dei passanti. Il pericolo dunque è evidente. L'unico rimedio sarebbe, quello di inaffiare le strade, prima di spazzarle. È sperabile che il prefetto della Senna prenda a cuore la proposta, e faccia cessare una buona volta questo grave pericolo.

AMSTERDAM. *Nomenclatura ostetrica.* — Su proposta di M. Bar, il Congresso di Amsterdam ha nominato una commissione internazionale per la nomenclatura ostetrica.

Questa Commissione è così composta: Treub presidente, Bar, La Torre, Rapin, Queirel, de Rein, Davis Edwards, Simpson e Freund. La Commissione ha nominato relatore Bar, che presenterà il suo rapporto alla Sezione d'ostetricia del Congresso del 1900.

AMSTERDAM. *Il prossimo Congresso internazionale di ginecologia e d'ostetricia.*—La data del prossimo congresso internazionale di ginecologia e di ostetricia é fissata per il 1902, il mese sarà ulteriormente precisato, come anche la sede. La scelta della città sarà fra Londra, Barcellona, Bucarest, Boston e una città del Belgio.

BRUXELLES. *Conferenza per la profilassi della sifilide.* — Sono stati delegati alla conferenza internazionale per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree che si farà a Bruxelles il 4 settembre prossimo: Fournier, Augagneur di Lione, Brousse di Montpellier, Carnier di Lilla, Charmeil di Lilla, Etienne di Nancy, Hallopeau, Hanshalter, Livou, Mayon, Perrin, Queirel e Spillmann.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

G. Geronzi. Un nuovo strumento per la laringe. Estratto dal *Suppl. al Policlinico*, Roma 1899.

E. Micheli. Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico delle mastiti croniche. Bologna. Gamberini e Parmeggiani 1899.

E. Giordano. La sutura dei seni del cuore mercè l'affrontamento del pericardio viscerale. Estratto dall'*Arte medica*, anno I, Napoli 1899.

Q. Vignolo. Apparecchio per la regolare urinazione nell' epicistotomia. Estratto dalla *Clinica moderna*, anno V, n. 20, Firenze 1899.

V. Giudiceandrea. Nuove osservazioni sulla calcolosi pancreatica. Estratto dal *Bullettino della società Lancisiana degli ospedali di Roma*, anno XVIII. fasc. II, 1899.

E. Arcoleo. Sulla tubercolosi della glandola parotide, Palermo, Verso, 1899.

R. Simonini. Alcuni casi di tubercolosi chirurgica curati colle iniezioni iodo-iodurate alla Durante. Estratto dal *Supplemento al Policlinico*, anno 1898.

A. Mori. Cisti da echinococco del tessuto sottocutaneo. Milano, Vallardi, 1899.

G. Bragagnolo. L'infezione malarica della milza e la splenectomia. Estratto dalla *Rivista Veneta di scienze mediche*, anno XVI, fasc. IV 28 febbraio 1899.

E. Sciamanna. Il polso cerebrale nelle diverse posizioni del soggetto. Reggio Emilia, Staderini, 1899.

L. Cappelletti. Sulla origine infettiva del delirio acuto, Ferrara, Bresciani, 1899.

N. R. D'Alfonso. Sensazioni vibratorie; note fisico semiologiche. Roma, S. Dante Alighieri. 1899.

E. Sciamanna. Sulla malattia dei tic. Estratto dalla *Rivista quindicinale di Psicologia, Psichiatria, Neuropatologia*, fasc. 16 e 17 Roma 1898.

L. Scabia. Contributo allo studio dell'inversione del riflesso pupillare alla luce. Venezia, Ferrari, 1899.

L. Scabia. Strano mezzo di suicidio in due alienati. Milano, Vallardi, 1899.

R. Simonini. Un'epidemia di paralisi spinale infantile. Milano, Vallardi, 1899.

C. Ferrarini. Differente azione del taglio ed irritazione del simpatico cervicale sulle cellule della corteccia cerebrale. Estratto dalla *Rivista di Psicologia*, fasc. V. vol. 3. Roma 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Milano. Istituto politerapeutico (Corso Venezia 27). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso é per titoli. Scadenza 15 settembre.

Macello. (Torino). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 1000 più 150 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a piena cura per la frazione di Pereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Massaua. E aperto il concorso al posto di medico condotto a Massaua per titoli, da inviarsi al ministero dell'Interno

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

PATOGENESI DELL'UREMIA

Nel campo della patologia sperimentale si è cercato di ottenere l' uremia mediante la legatura doppia degli ureteri, o legando i vasi renali, od estirpando addirittura i due reni. I conigli d'ordinario hanno sopravvissuto da 2-7 giorni (Conheim, Bizzozero, ecc.).

I fenomeni che gli animali presentano sono stati variamente descritti: dapprima i cani risentono poco, poi sono abbattuti, rifiutano il cibo, e bevono di tratto in tratto. Al 1° o 2° o 3° giorno sopravvengono disturbi gastro-intestinali, vomito in ispecie sieroso, bilioso, talvolta sanguinolento, con diarrea anco sierosa o sanguinolenta. Contemporaneamente appaiono fenomeni nervosi (convulsioni: Feltz e Ritter, Masserotti, Gabbi, ecc.).

Il Limbeck non ha osservato che contrazioni fibrillari, spesso diffuse abbastanza. Gli animali sono abbattuti, depressi, sonnolenti, si reggono male sulle gambe, perdono ogni facoltà aggressiva. La temperatura va man mano abbassandosi (Gabbi, Ughetti, Herter). La pressione del sangue non subisce alcuna modificazione (Limbeck). Il numero delle respirazioni è modificato; si può avere difficoltà respiratoria, tachipnea, e, negli ultimi momenti, irregolarità del respiro simile alla forma di Cheyne-Stockes. Talvolta vi ha spanopnea; ma è più frequente la superficialità del respiro (Zinno).

Feltz e Ritter, Cuffer, Morat e Morbille, Gabbi, ecc. hanno visto negli animali una diminuzione delle emazie; parallelamente è stata trovata una diminuzione di emoglobina ed un lieve aumento dei globuli bianchi. Zinno ha trovato che nel giorno susseguente all'operazione la quantità dei globuli rossi, dell'emoglobina ed il potere isotonico diminuiscono sensibilmente, mentre al 3° giorno si ha un lieve aumento. I corpuscoli bianchi subiscono un ininterrotto aumento da costituire una vera leucocitosi. Negli stadî avanzati esistono fenomeni di policromatofilia (Zinno, Maragliano e Castellino) nei corpuscoli rossi. I corpuscoli bianchi, nel penultimo od ultimo giorno, offrono un'alterazione della fine struttura nucleare; i fili nucleari sono più grossi, i punti nodali più appariscenti. L'aumento dei corpuscoli è fatto a spese dei mononucleati, lievemente aumentati sono gli eosinofili od ossifili.

La densità del sangue è diminuita (Schwoltz, Devoto, Siegl); la reazione diventa sempre meno alcalina (Bussi, Gabbi). Il potere di assorbimento dell'ossigeno è diminuito (Cuffer, Feltz e Ritter, Bussi, ecc.). Il quoziente proteico diminuisce, mentre la globulina aumenta lievemente e la sierina invece diminuisce (Gabbi, Zinno). Il potassio è aumentato leggermente (Zinno). Nel sangue vi ha accumolo di prodotti regressivi. Il residuo secco e le sostanze solide sarebbero aumentate (Gabbi). La tossicità del siero è costantemente aumentata negli animali (Hugues e Carter, Herter). Il potere globulicida è quasi completamente perduto (Devoto, Zinno).

C'è aumento dell'eccitabilità della corteccia cerebrale e dei nervi motori periferici (Telyatnich). Si son fatte molte esperienze per conoscere sovratutto gli effetti dell'iniezione di urina negli animali (William Courter, Boherave, Bichat, Bouchard, Castellino, Wholard, ecc.). L'iniezione di urina in sostanza produce come primo fenomeno una distruzione globulare, e le coagulazioni consecutive a questa citolisi sono causa diretta della morte. Se questa azione coagulante è però impedita, la morte avviene pure con gli stessi sintomi dei casi ordinarî.

Pare che proprietà coagulante dell'urina e proprietà tossica non siano due fatti identici. Gli animali iniettati con urina muoiono bensì per i fatti di coagulazione e fenomeni successivi: ma se quest'azione coagulante s'impedisce, l' azione tossica dell' urina si esplica del pari (Zinno). Insomma le sostanze tossiche contenute nell' urina agiscono, innanzi tutto, sui corpuscoli del sangue, che alterano, distruggono, mettendo in libertà alcune sostanze, probabilmente le nucleine (Castellino), che, essendo agenti fortemente e rapidamente coagulanti, producono trombosi multiple e morte rapida. Ma se è impedita l'azione deleteria sul sangue, le sostanze tossiche, sebbene un po' più tardi, arrivano alle cellule dei tessuti e degli organi, le alterano profondamente, producendo la morte degli animali.

Si è cercato di produrre un' immunità verso le sostanze tossiche contenute nell' urina. Zinno ha visto che gli animali arrivano a tollerare una dose otto o dieci volte superiore alla minima mortale, ma difficilmente si arriva a poter superare questa cifra, anco con iniezioni lentissimamente progressive, e ciò perchè gli animali, raggiunta tale dose, co-

minciano a presentare disturbi nutritivi più o meno intensi.

L'organismo umano sano possiede mezzi svariati per vincere l'azione nociva delle sostanze tossiche abnormemente accumulatesi in esso. Pria di tutto sono i nostri organi, gli elementi cellulari, che posseggono una naturale resistenza, per cui sono capaci di non lasciarsi influenzare da moltissime azioni deleterie. Questa, che è l'immunità dei tessuti del Behring, non è eguale per tutti gli organi e tessuti; si tratta di un'immunità parziale che riscontrasi così spesso nel sistema nervoso e che ha tanta parte nella guarigione d'infezioni ed intossicazioni. Un altro meccanismo messo in giuoco per vincere l'azione di sostanze nocive, sta nel potere distruttore degli umori, specie del sangue (Zinno). Un altro modo con cui l'organismo si libera di queste sostanze è l'azione depuratrice degli organi vicarii (fegato, capsule surrenali, tiroide, tubo gastroenterico, pelle, ecc.).

Questi poteri di difesa possono venir meno, pria di tutto per alterazioni generali morfologiche e funzionali dell'organismo in preda a lesioni renali di lunga data (Schottin, Oppler, Roger, Zinno); il sangue dei nefritici gravi, massime degli uremici, perde il suo valore globulicida (Devoto, Zinno). In molti casi a questa causa predisponente se ne aggiunge un'altra: l'alterazione prodotta da sostanze tossiche provenienti dallo esterno (veleni minerali ed organici) e sovratutto dai prodotti batterici. Oltre le condizioni generali dell'organismo, possono contribuire notevolmente allo sviluppo delle manifestazioni e dello scoppio dell'uremia, le alterazioni della compagine dei diversi organi o semplicemente la diminuzione della loro funzione. Il fegato, si sa, distrugge i $^{2}/_{3}$ delle sostanze tossiche, che normalmente si producono nell'organismo e specie nell'intestino (Bisso). La sinergia funzionale del fegato e del rene, già evidente per le precedenti ricerche, appare più chiara da quelle del Colasanti, il quale ha dimostrato che, a misura che diminuisce la tossicità urinaria, cresce quella della bile e viceversa; il fatto è confermato anco da che nelle malattie epatiche aumenta la tossicità urinaria. Il fegato trasforma l'ammoniaca in urea (Schröder), che, eccitando la funzione renale alla diuresi, favorisce l'eliminazione delle sostanze tossiche dell'organismo. Infine il fegato trasforma ed elimina un gran numero di sostanze dotate di altissimo potere venefico, ciò che è dimostrato dal fatto che la bile ha un grado di tossicità nove volte maggiore di quello dell'urina (Bouchard, Roger), tanto che il Debove ed il Mya hanno parlato di uremia epatica. Ora l'importanza delle alterazioni o soppressione della funzione epatica sul decorso dell'uremia sperimentale, è stata messa in chiaro dalle recenti ricerche del Zinno. Il Messerotti-Benvenuti ha visto che la soppressione della milza abbrevia di circa un terzo la sopravvivenza degli animali a cui vengon legati gli ureteri. La sottrazione della tiroide ha un effetto ancor più dannoso (Messerotti-Benvenuti). Anco le capsule surrenali debbono avere una grande influenza sul decorso e sulle manifestazioni dell'uremia, e Zinno ha potuto vederlo sperimentalmente.

Anco l'insufficienza della secrezione interna renale è causa predisponente all'uremia (Brown-Sèquard, Mayer, Aiello e Parascandolo). Un'importanza anche maggiore ha, come causa predisponente, il sistema nervoso (Mya, Zinno).

Da tutto quel che precede si può trarre l'illazione, che la soppressione o la semplice diminuzione delle funzioni antitossiche vale a far risentire più rapidamente e facilmente l'organismo dell'accumolo delle sostanze destinate ad essere eliminate. Negli animali per lo meno l'estirpazione parziale del fegato, della milza, della tiroide, delle capsule surrenali, le alterazioni del sistema nervoso abbreviano di molto la vita per la mancata funzione di tutti questi organi.

Altre cause predisponenti, di minore entità sono il freddo, l'umido, la fatica, le brusche scosse morali, i disturbi intestinali (Robinson, Grocco, Huchard, Masserotti-Benvenuti, Zinno).

L'elemento indispensabile per la genesi dell'uremia è certo l'insufficienza renale: finchè questa non si generi, tanto la predisposizione, che l'iperproduzione di sostanze tossiche sono facilmente compensate dall'azione emuntoria del rene. Cessata questa, quali che siano le altre condizioni, si avrà sempre più o meno rapidamente la comparsa della sindrome. La prima causa dell'insufficienza renale è certo l'azione meccanica, che impedisce l'eliminazione dell'urina: cioè, in tutti i casi di ostruzione o compressione dell'uretere per qualsiasi natura, negli ostacoli all'eliminazione esistenti nella vescica e nell'uretra, ecc. L'alterazione può essere dovuta ad azione tossica per sostanze esogene od endogene (etero- ed auto-intossicazioni); le più frequenti cause dell'insufficienza sono quelle da auto-intossicazione. Anche l'anemia può produrre l'insufficienza (Litten, Jsrael, Zatta, Conheim, Leyden); e così pure, senza alterare il rene, un disturbo nervoso (isterismo), vasale (Renault, Fiessinger, Dieulafoy, ecc.), un'iperemia vicariante (Bartels), più frequentemente l'iperemia da stasi (alterazioni cardiache con disturbato compenso:(Huchard, Labadie-Lagrave, Ughetti). Qualunque sia il meccanismo, deve distinguersi un'insufficienza completa ed una incompleta, una assoluta e relativa (Grocco, Janowsky).

Le teorie emesse sull'intossicazione uremica sono in numero notevole. Ippocrate, Courten, Boerhave, Bichat, Vauquelin e Segalas, Gübler, Pitou, Reuling hanno pensato che si trattasse della ritenzione dell'urina *in toto*. Poi Henle, Frerichs, Pe-

troff, Zulzer, ecc. hanno incriminato il carbonato di ammoniaca; ma l'ammoniemia bisogna ammetterla quando vi è un forte accumolo, con decomposizione successiva, di urea nel tratto gastro-intestinale e nelle vie urinarie. Wilson, Babington, Bostoch, Brodicon, incolparono l'accumolo dell'urea nel sangue; altri pensarono che agente d'intossicazione fosse l'acido urico, o l'acido ippurico, o le sostanze estrattive. Quest'ultima teoria ha avuto un gran numero di seguaci. Lo Schottin invocò l'azione di queste sostanze (creatina, creatinina, tirosina, leucina, xantina, ipoxantina). Altri autori hanno invocato l'azione di sali minerali, specie dei sali di potassio (Voit, Feltz e Ritter, Stadthagen, D'Espine, Charlier, Bouchard, Charrin). Jaksch e Peiper emisero la teoria dell'intossicazione acida. Altri han pensato che l'uremia fosse dovuta ad un grave disturbo meccanico dell'idraulica circolatoria, sempre però in rapporto a modificazioni chimiche della costituzione del sangue (Osborne, Civiale, Oven Rees, Traube, Oppolzer, Löwer, Fränzel, Kussmaul e Teuner, Münch). Per Bouchard non si tratta di un solo veleno, ma di parecchi e di svariata natura; tutti però hanno un'influenza più o meno notevole nella genesi dell'uremia e specie nella genesi dell'intossicazione sperimentale per iniezione di urina umana. La teoria del Bouchard è la più comprensiva, ma essa è più atta a spiegare la tossicità dell'urina che non l'uremia.

Secondo Zinno, aiuto dell'Istituto Anatomo-patologico di Napoli diretto dal Prof. Armanni, i fattori efficienti dell'uremia sono numerosi. Secondo lui non è giusto volere stabilire due forme di uremia, l'acuta e la cronica. Dà la più grande importanza alle cause predisponenti; l'insufficienza renale è la causa diretta dello scoppio dell'uremia. Ma è necessario però che le sostanze tossiche si accumulino in modo da superare il limite di tolleranza degli elementi organici per questi veleni. Questi sono svariati; ma la maggiore importanza bisogna attribuirla ai veleni che si formano nell'intestino per azione del bacillo coli.

Anatomo-patologicamente si osserva spesso la nefrite cronica parenchimale (grosso rene bianco, grosso rene variegato, grosso rene butirraceo, altre forme miste). Ma è sovratutto la nefrite interstiziale (rene atrofico primario o secondario) che si riscontra. Il fegato è alterato. Le capsule surrenali sono pur esse alterate (Zinno).

Le alterazioni istologiche del sistema nervoso sono state studiate da Acquisto e Pusateri, Sacerdoti ed Ottolenghi, Donaggio, Gabbi, De Grazia, Zinno.

BIBLIOGRAFIA

Mya, Contrib. all'album. e nefrite sperim., Torino 1898.- Gabbi. *Arch. ital. di clin. med.*, 1897. De Grazia. *Arch. di medic. interna*, n. 3-4, 1898. —Feltz et Ritter. *De l'urem. exper.*, Paris, 1881. —Limbeck. *Arch. f. exper. Path. med. Pharm.* Bd, 30, 1892.—Devoto. *Zeit. Hilh.*, 1890. —Bussi. *Rif. Medica*, 1898.—Hugues e Carter. *The Amer. Journ. of. med. scien.* 1894. —Schottin. *Arch. f. Phis. Heilk.* 1891.—Roger. Path. génér. de Bouchard, vol. 2, Paris.—Queirolo. *Rif. med.* 1893. —Frerichs. *Die Brigh. Krank. u. d. Beud.* Berlin., 1851. —Wilson. *Lond. med. Gaz.* 1838. —Challauh. Nouv. recher. sur l'uremié, Strassbourg, 1865.—Traube. *Allg. med. Centr.*, 1861.—Zinno. L'uremia, Napoli, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Psichiatria e Medicina legale della R. Università di Pisa, diretto dal prof. SADUN

INTORNO ALLA PATOGENESI DEL DELIRIO ACUTO

Dottor Urbano Alessi, aiuto

(*Continuazione e fine*)

Reperto necroscopico.

Dura madre cranica e spinale niente di speciale: discreta raccolta sierosa negli spazii subaracnoidali del cervello specie alla base. Forte iniezione del sistema venoso e arterioso della pia madre, la quale si stacca facilmente, appare edematosa e lascia la sostanza cerebrale di colorito grigio plumbeo. Considerevole stato iperemico di tutta la sostanza cerebrale: grossi gangli e cervelletto congesti, come pure sono congeste la pia madre spinale e i vasi arteriosi e venosi del midollo spinale, del ponte e del bulbo. Lungo il midollo spinale si notano piccoli osteomi della grandezza di un grano di miglio; gangli intervertebrali niente di speciale. Aprendo la cavità toracica si notano i cavi pleurici liberi: area cardiaca normale: pericardio con discreta quantità di liquido sieroso. Cuore di volume normale: ventricolo destro leggermente dilatato: endocardio sano: polmoni con ipostasi ed un discreto grado di edema.

Addome: anse intestinali di colorito roseo e distese da gas: peritoneo liscio. Fegato con rigonfiamento torbido del parenchima e con stasi, cistifellea con bile tenue. Milza leggermente ingrandita con capsula liscia: polpa flaccida di colorito rosso fosco. Reni di volume normale: forte congestione delle venule stellate: sostanza corticale e midollare in limiti normali: sostanza corticale di colorito giallastro uniforme.

Utero alquanto congesto: l'endometrio trovasi ricoperto da stratificazioni sanguigne aggrumate: trombe di Falloppio congeste: l'ovaia destra porta un corpo luteo recentissimo.

Il Prof. Maffucci, Direttore dell'Istituto di anatomia patologica, fece innesti in un coniglio di pezzetti di milza, e mi ha gentilmente comunicato che l'animale morì con fenomeni d'infezione e che dai preparati e culture fatte risultò trattarsi di diplococco.

Per cui la causa della morte della C: è dovuta all'infezione diplococcica che così rapidamente invase tutto l'organismo.

Esame microscopico: Ho studiato microscopicamente un pezzo di corteccia dei lobi frontali, servendomi dei più recenti metodi di tecnica istologica. Col metodo di Nissl e colorando le sezioni col bleu di metilene e colla tionina si notano varie alterazioni specialmente nelle grandi cellule piramidali. Queste si presentano quasi tutte con prolungamenti poco colorati e con strie incolori in mezzo a granuli disposti irregolarmente: nel protoplasma cellulare vi sono zone in fase cariolitica specialmente alla periferia e di contro quasi sempre ai prolungamenti protoplasmatici: vi è pure qualche vacuolo e spesso il nucleo si trova spostato verso zone più rarefatte. Alcune cellule non conservano più la parete e presentano le zolle cromatiche pallide, spezzate e senza orientazione. Facendo delle colorazioni al carballume si vedono gli spazi pericellulari aumentati, e in mezzo a questi le cellule stanno più o meno eccentricamente, e molte volte invece dell'elemento cellulare si trova un ammasso di zolle cromatiche poco colorate, che circondano più o meno regolarmente un nucleo pallido e granuloso. Nei piccoli vasi specialmente in quelli provenienti dalla pia, si vedono dilatati gli spazi perivascolari e in alcuni un leggero intorbidamento dell'endotelio. Col metodo Marchi non ho potuto rilevare nessun fatto di degenerazione delle fibre; come pure col metodo Weigert-Vassale fatto per controllo. Nelle sezioni fatte col metodo Golgi si rilevano notevoli alterazioni nei prolungamenti specialmente protoplasmatici. Questi sono per la maggior parte spezzati verso la base, oppure presentano numerose usure e varicosità fino ad assumere alcuni la forma a rosario. molte hanno perduto le più sottili divisioni e di altri non rimane che un tronco che si stacca dal corpo cellulare. Assai meno notevoli sono le lesioni dei prolungamenti nervosi assiali, per quanto si notino diminuiti i collaterali, e alcuni sieno tortuosi, spezzati e varicosi. Alterazioni più o meno identiche le ha riscontrate anche il Cristiani in tre casi di delirio acuto.

Ho fatto pure qualche sezione di rene colorandola col litio-carminio e coll'ematossilina. Si nota un leggiero rigonfiamento dell' endotelio dei vasi glomerulari e dell'epitelio della capsula del Bowmann, e in qualche glomerulo dentro la capsula si trova un leggero essudato fibrinoso. Nei canalicoli contorti l'epitelio è quasi tutto in rigonfiamento torbido, e in alcuni l'epitelio si presenta in disfacimento, fino a chiudere il lume del canalicolo stesso. Si notano scarsi cilindri granulosi.

Per ben chiarire l' andamento e la successione dei fenomeni presentatisi in queste caso conviene tornare un po' sulla storia.

La C. era una donna robusta, energica e assai risentita, mentre il marito era gracile, pauroso del male e geloso. Fra loro non vi era stata mai completa armonia, per cui questa donna spesso era angustiata pei rimproveri del marito, che si trovava inferiore a lei, e che la tormentava colle sue idee di gelosia perchè temeva di essere o diventare impotente. Se a queste condizioni di mente della C. aggiungiamo ancora che da non molto aveva partorito e che allattava, si può comprendere come l'impressione spaventosa ricevuta nel vedere il marito che si dà due colpi di rasoio alla gola, possa aver prodotto nel suo cervello quelle condizioni di alterato circolo e di alterato equilibrio nervoso, sufficienti per iniziare uno stato di delirio. È certo che date le condizioni buone di salute nelle quali essa si trovava, data la gravità del patema d' animo e considerando che immediatamente a quello il delirio s'iniziò, dobbiamo ritenere che questo dipese esclusivamente da fattori psichici senza essere sostenuto per il momento da nessuna causa infettiva.

Lo stato di donna che allatta, può avere influito nel senso che in queste condizioni lo organismo femminile è più suscettibile a risentire l'azione dell'ambiente e specialmente a reagire con minore resistenza alle cause psichiche.

Così il cervello di questa donna venne ad acquistare, in mezzo a tutti gli altri visceri che noi abbiamo ragione di ritenere per sani una condizione di diminuita resistenza verso qualsiasi materiale tossico od infettivo che eventualmente circolasse nel sangue.

In una mia pubblicazione dimostrai sperimentalmente quale e quanta importanza abbia la diminuita resistenza in un viscere pel localizzarsi di un'infezione, e su ciò v'insiste anche il Kazowschy ricordando appunto il mio lavoro.

Nel caso nostro poi non solo il cervello così disturbato si era reso più vulnerabile, ma aveva pure disposto tutto l'organismo a risentire più facilmente l'azione di cause tossiche o infettive, e a questo proposito ricordo il lavoro di Trambusti e Comba intorno all' influenza del sistema nervoso sullo sviluppo delle infezioni.

Quando veramente l' infezione diplococcica abbia cominciato non potremmo dire con sicurezza, ma considerando che pur essendovi il delirio, mancò da principio la febbre, pos-

siamo ritenere che fino al 22 giugno non si trattò di un processo infettivo.

Sembra adunque che l'infezione fosse piuttosto una concomitanza, favorita soltanto dalla minorata resistenza dell'organismo per il disturbo cerebrale. Come tale è evidente che la infezione diplococcica nulla ebbe che fare coll'insorgere del delirio, e che questo ebbe origine soltanto dal patema d'animo, e che si iniziò con quel substrato anatomico che non conosciamo e che è comune al vero e tipico delirio maniaco. E nemmeno è da supporsi che vi partecipasse un'altra infezione qualunque, perchè come già si è detto, mancava qualunque sintoma e qualunque precedente per ammetterla.

Nel caso nostro è da supporsi che l'infezione diplococcica ebbe campo di svilupparsi solo perchè trovò un organismo predisposto, e che forse non si sarebbe manifestata se il sistema nervoso già alterato della C. non avesse creata una diminuita resistenza in tutto l'organismo stesso.

L'infezione fu generale e infatti all'autopsia abbiamo vista la grande congestione di tutti i visceri, e solo la milza e i reni se ne risentirono molto più degli altri, fatto questo che si riscontra in tutte le infezioni.

È degno di nota il fatto che recentemente il Prof. Armanni all'Accademia di Napoli ha comunicato un caso di delirio acuto in cui per mezzo di innesti in animali potè rilevare il diplococco; e anche in questo caso non vi era nessuna localizzazione apprezzabile.

Riassumendo in poche parole i fatti esposti possiamo dire che nel caso nostro si trattava di un delirio acuto semplice e che l'infezione fu un fatto sopraggiunto che ne precipitò o meglio ne cagionò la morte, poichè si può supporre che la C. se non incorreva in un processo infettivo poteva guarire del suo delirio, considerando specialmente la sua buona salute e dandosi la fortunata combinaziona che il marito in breve guarì delle sue ferite. E questo ultimo fatto credo che avrebbe influito favovolmente sulla C. poichè, come si è detto, essa anche in delirio pensava continuamente al marito ferito, anzi intorno a quest'idea s'aggirava il delirio stesso.

Certamente con una sola osservazione non si può pretendere di dedurre conclusioni generali specialmente per una forma cosi discussa com'è il delirio acuto, però questo caso unito a molti che si conoscono nella letteratura, mi dà ragione di credere che quello che dicesi delirio acuto non sia altro che o un delirio dovuto ad una delle tante possibili infezioni che per ragioni ereditarie, degenerative o di altro genere abbiano colpito a preferenza l'encefalo, oppure che si tratti di un semplice delirio maniaco che ha esito letale solo perchè è sopraggiunta un'infezione favorita dallo stato di diminuita resistenza in cui si trova il delirante.

Nel caso nostro si è avuta la seconda combinazione, vale a dire un delirio maniaco con rapidissimo esito letale per un'infezione sopraggiunta.

Sento il dovere di ringraziare il Prof. Sadun per avermi concesso di pubblicare questo caso clinico e per essermi stato largo di onorevoli consigli.

BIBLIOGRAFIA

Bianchi e Piccinino. Sull'origine infettiva di una forma di delirio acuto. *Annali di Nevrologia* 1893 Napoli. — Idem. Nuovo contributo alla dottrina dell'origine infettiva del delirio acuto. *Annali di Nevrologia* 1894 Napoli. — Bianchi. *Riforma Medica* Anno XV n. 146. — Rezzonico. Contributo all'anatomia patologica del delirio acuto. *Archivio Italiano per le malattie nervose.* Anno XVI 1884. — Cappelletti. Sull'origine infettiva del delirio acuto. Comunicazione fatta all'Accademia di Scienze mediche e naturali in Ferrara il 19 gennaio 1899. — Rasori Carlo. Contributo all'etiologia e patogenesi del delirio acuto. *Riforma Medica*, vol. III n. 70, 1893. — Carlo Ceni. Ricerche batteriologiche nel delirio acuto. *Rivista Sperim. di freniatria*, Vol. XXIII, fasc. IV, anno 1897. — Clemente Cabitto. Sull'esame batteriologico del sangue nel delirio acuto. *Rivista di pat. nerv. e ment.* vol. I fasc. II. 1896. — Dottor A. D. Kazowsky. Sull'anatomia patologica del delirio acuto. *Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie:* 15 iuli 1899, n. 13-14. — Cristiani. L'anatomia patologica, la patologia e la patogenesi del delirio acuto. Est. dagli *Annali di Freniatria e Scienze affini.* Torino 1899. — Alessi. Contributo allo studio delle lesioni cerebrali prodotte sperimentalmente. *Riforma Medica* num. 170 e 171, luglio 1895. — Trambusti e Comba. Influenza delle alterazioni del sistema nervoso sulle localizzazioni e sul corso dei processi infettivi. *Sperimentale* 1895.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPIZIO DELLA SALPÊTRIÈRE DI PARIGI

Prof. Déjerine

Dell'emianestesia capsulare e dell'emianestesia per lesione corticale

Per studiare la localizzazione dell'emianestesia d'origine organica nell'emisfero cerebrale, è neces-

sario riassumere lo stato delle nostre conoscenze anatomiche sul tragitto delle fibre sensitive.

Contrariamente a ciò che accade per la motilità, la sensibilità non giunge direttamente dalla periferia al centro: vi sono parecchie tappe, i conduttori nervosi sono interrotti nel loro tragitto prima che l' impressione pervenga alla corteccia. Si sa che i nervi sensitivi non sono che la continuazione delle radici posteriori e si sa d' onde vengono esattamente le fibre delle radici posteriori: ciascuna di queste fibre proviene da una cellula del ganglio spinale; questa emette un prolungamento cilindrassile che si divide in due branche di cui l' una va ai centri, alla midolla, formando con altre fibre analoghe le radici posteriori, l'altra va alla periferia. La parte centrale delle radici posteriori si porta nei cordoni posteriori del midollo questi sono composti quasi unicamente da queste fibre delle radici posteriori. Una volta nel midollo, queste fibre emettono collaterali, inoltre ciascuna emette una branca discendente breve che emette delle collaterali sul suo tragitto, ed una branca discendente lunga che fa lo stesso; un solo tubo nervoso è dunque in rapporto con una lunga porzione del midollo spinale; lo studio delle degenerazioni secondarie aveva del resto insegnato ciò. Quanto alle branche collaterali, le une si dirigono direttamente nel corno anteriore formando le collaterali riflesse, altre terminano nella colonna di Clarke, altre nel corno posteriore, infine una piccola quantità si reca nel lato opposto attraverso la commissura posteriore.

Si sa che i cordoni posteriori conducono la sensibilità tattile. Schiff l' ha dimostrato da lungo tempo negli animali; si sapeva anche che la sensibilità termica e dolorifica non passano per questi cordoni; queste sensibilità, portate dalle fibre delle radici posteriori, passano nella sostanza grigia del midollo; quest'opinione è stata oggigiorno combattuta ma in modo piuttosto teorico. Van Gehuchten s'è recentemente alleato all'ipotesi che queste sensibilità non passano per la sostanza grigia centrale, ma per un fascio speciale superficiale che si trova alla parte anteriore del cordone laterale e che trae la sua origine dalle corna posteriori del midollo, è il fascio di Gowers; questo fascio degenera dal basso all'alto e stabilisce una comunicazione fra il midollo ed il cervelletto. Van Gehuchten e Brissaud ammettono che queste sensibilità termica e dolorosa sono condotte all'encefalo da questo fascio. Dèjerine non abbraccia quest'opinione per parecchie ragioni: prima di tutto la degenerazione del fascio di Gowers, o fascio antero-laterale ascendente, si vede in tutte le lesioni dette mieliti trasverse, in tutte le compressioni midollari, ora in parecchi di questi casi non vi sono disturbi delle sensibilità ben apprezzabili; in secondo luogo dove va il fascio di Gowers? Nel cervelletto: ora non si sono mai constatati nelle lesioni cerebellari, per quanto estese, disturbi della sensibilità.

Come si comportano ora questi fascetti del midollo spinale a misura che si sale verso il bulbo? Le fibre delle radici posteriori s'esauriscono progressivamente nella sostanza grigia del midollo, questa sostanza grigia è il punto nel quale finiscono le terminazioni arboriformi delle fibre delle radici posteriori, ed è perciò che in un midollo cervicale non bisogna credere che i cordoni posteriori contengono tutte le fibre sensitive, essi ne contengono soltanto una parte, il resto è nelle regione grigia periependimaria. All' estremità superiore del midollo i cordoni posteriori finiscono con arborizzazione in nuclei speciali, che si chiamano nuclei di Goll e di Burdak, e nella regione periependimaria: ecco il primo neurone, il neurone midollo-bulbare.

Di lì le fibre sensitive non vanno ancora direttamente alla corteccia cerebrale, la via sensitiva comprende ancora due neuroni: un neurone inferiore o bulbo-talamico rappresentato dal nastro interno di Reil che mette in relazione il bulbo ed il talamo ottico, ed un neurone superiore o talamo-corticale che mette in connessione il talamo colla corteccia. Qual' è l' applicazione pratica di questi dati anatomici? La questione dell'emianestesia organica era già antica. Türck la descrisse per il primo, egli è stato un iniziatore e nei suoi lavori notevoli aveva stabilito nelle capsule interne del cervello due regioni ben distinte, una regione anteriore ed una regione posteriore che si riuniscono formando un angolo, che si disse ginocchio della capsula interna. Türck aveva dimostrato che le lesioni che distruggono i due terzi anteriori del segmento posteriore della capsula interna determinano un'emiplegia senza disturbi delle sensibilità, mentre la distruzione del terzo posteriore di questo segmento non dava emiplegia, ma emianestesia della sensibilità generale con partecipazione dei sensi speciali.

Per Türck infatti havvi là un fascetto sensitivo, continuazione del fascetto del bulbo e del midollo, che, dopo essere passato per questa capsula, si reca al lobo occipitale.

Queste idee furono adottate in Francia da Charcot, da Ballet. Dèjerine ha mostrato da molti anni che questo fascetto andava non al lobo occipitale, ma al lobo temporale, ed inoltre ch'esso non conduceva la sensibilità generale. Questo fatto recava una gran colpo alla teoria di Türck e di Charcot, giacchè Charcot ammetteva che esisteva nel terzo posteriore del segmento posteriore un crocicchio sensitivo dove passavano le fibre destinate a condurre la sensibilità della metà opposta del corpo e la sensibilità speciale della faccia, le fibre sensoriali, specialmente il fascetto delle radiazioni ottiche.

Per lungo tempo s'è considerata come un fatto

la partecipazione della sensibilità speciale all'emianestesia organica; ora bisogna riconoscere che le più belle osservazioni d'emianestesia sensitiva-sensoriale sono state fatte negl'isterici, inoltre si dovrebbe osservare, in seguito ad una lesione del crocicchio, un'emianestesia dei sensi speciali contemporaneamente ad un'emianestesia della sensibilità generale; ammenochè il soggetto non sia isterico, ciò non s'osserva.

Riguardo alle fibre della sensibilità generale, esse non passano unicamente per il terzo posteriore del segmento posteriore della capsula interna; perchè vi sia emianestesia organica, bisogna che il talamo ottico sia leso, le fibre che partono dal talamo ottico per giungere alla corteccia non occupano soltanto il terzo posteriore del segmento posteriore delle capsule interna, ma passano attraverso tutta l'estensione della capsula interna; tutto è intimamente mescolato nel segmento posteriore di questa capsula, fibre motrici e fibre sensitive. L'emianestesia detta capsulare non si vede dunque se non nei casi in cui sono lesi il talamo ottico e i suoi rapporti colla corteccia; riguardo alla partecipazione dei sensi speciali, essa è nulla o si presenta con caratteri particolari; può aversi indebolimento dell'udito in due lati, ciò è tutto, il campo visivo il gusto, l'odorato sono intatti. Havvi ancora una lesione corticale determinante l'emianestesia organica.

Dove si trovano dunque i centri sensitivi della corteccia? Per la sensibilità tattile, dolorosa, termica non v'ha dubbio che la loro rappresentazione topografica è la stessa della rappresentazione motrice, cioè i centri della sensibilità generale corrispondono a quelli della motilità, sono collocati nella regione rolandica. Havvi per il senso muscolare, per il senso stereognostico una localizzazione speciale nella corteccia? Alcuni autori l'hanno ammessa; e la localizzazione sarebbe nel lobo parietale; i fatti osservati da Déjérine non sono favorevoli a questa tesi, e non v'hanno del resto osservazioni dimostrative che permettano d'attribuire a questi sensi la detta localizzazione. Del resto non havvi senso stereognostico; questo è un insieme di sensibilità: sensibilità tattile superficiale e sensibilità profonda, muscolare ed auricolare. Un'altra questione è sorta: i centri sensitivi che occupano tutti la stessa regione dei centri motori occupano gli stessi strati della corteccia? Si sa che la corteccia cerebrale è composta di 5 strati e s'è questionato se alcuni non siano preposti alla motilità ed altri alla sensibilità, se per esempio lo strato delle grandi cellule piramidali non abbia per funzione esclusiva la motilità o se le piccole cellule piramidali non siano cellule sensitive. In realtà non se ne sa nulla, non essendosi avute lesioni che attacchino uno strato solo; si ragiona generalmente su lesioni che interessano tutta la corteccia ed anche una parte della sostanza bianca. Tutto quel che si sa è che la motilità e la sensibilità occupano entrambe la stessa regione detta motrice, la regione rolandica. (*L'Indèpendance mèdicale* n. 34, 23 agosto 1899).

Movimento biologico universale

1. Siemerling riferisce su alcuni « **tagli in serie di cervello** » eseguiti con un microtomo speciale. Per indurire l'organo primo di farne dei tagli si serve di una miscela di liquido di Müller e formalina e precisamente di 2 parti di una soluzione al 40 0|0 di formalina su cento parti di liquido di Müller. (*Berliner klinische Wochenschrift* n. 32, 1899).

2. Reitzenstein si occupa della « **illuminazione dello stomaco coi raggi X** », la quale oramai sostituisce l'illuminazione elettrica semplice, e dà buoni risultati specie per la diagnosi della ectasia gastrica, delle stenosi del piloro etc.. Per la diagnosi precoce del cancro non si ha alcun vantaggio. (*Aerzlicher Verein in Nürnberg*, seduta del 2 marzo 1899).

3. Baer a proposito della « **reazione dello Spitzer** » dice che questa, la quale consiste nella colorazione in giallo del contenuto gastrico trattato con soluzione di potassa, non ha un significato diagnostico determinato in quanto riguarda le alterazioni della funzione gastrica. Se nel contenuto gastrico mancano gli idrati di carbonio la reazione non ha luogo. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 32, 1899).

4. Sternberg porta un contributo al « **valore del segno patognomonico del Boas per la diagnosi del carcinoma gastrico** ». Tale segno consiste nella presenza di bacilli nel contenuto gastrico. Ora lo Sternberg in un caso in cui la diagnosi clinica era di carcinoma gastrico, anemia grave da emorraggia e peritonite perforativa, potè constatare nel contenuto gastrico i bacilli già notati dal Boas (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, n. 34, 22 agosto 1899).

5. J. P. Crozer Griffith di Filadelfia descrive un caso di « **trasposizione dei visceri e dei grossi vasi** ». Trattasi di un bambino ad otto mesi che a cinque mesi aveva cominciato ad avere degli attacchi di cianosi e di dispnea. Fu fatta diagnosi di stenosi pulmonare con probabile perforazione del setto interventricolare. Venuto a morte, si trovò all'autopsia *situs inversus viscerum* tanto per gli organi e grossi vasi toracici che per quelli addominali. Il cuore era ipertrofico e vi era appunto stenosi pulmonare e perforazione del setto interventricolare. (*University medical Magazine*, n. 11, agosto 1899).

6. Olmer riferisce sullo **« stato delle cellule nervose della midolla e del cervello in un caso di convulsione da causa infettiva in un lattante »**. Trattasi di un bimbo a 2 mesi il quale in seguito a una forma di febbre infettiva, con enterite di breve durata (8 giorni) ebbe un accesso convulsivo e ne morì. All' autopsia si trovarono lievi alterazioni flogistiche intestinali, nelle cellule piramidali del cervello invece vi era una cromatolisi marcata, il nucleo turgido e spinto verso la periferia, e disgregazione nei nucleoli. Tali alterazioni ci danno un nuovo esempio della reazione delle cellule nervose nelle infezioni. (*Revue de mèdicine*, n. 8, agosto 1899).

7. Schwenn a proposito di un caso osservato di **« paralisis agitans »** discute la etiologia di questa malattia, che alcuni ritengono una malattia nervosa cerebrale, mentre altri, e fra questi lo Schwenn, lo Strümpell, gli addebitano una patogenesi muscolare.(*Münchener medicinische Wochenschrift*, n 33, 15 agosto 1899).

8. Böcker classifica i casi di **« paralisi cerebrale infantile »**, dal punto di vista terapeutico e prognostico in questo modo: 1° Casi in cui si ha paralisi delle estremità inferiori (Morbo di Little in senso stretto). Prognosi fausta. 2° Casi in cui si ha paralisi totale spastica. Prognosi infausta. 3° Casi in cui si hanno spiccati i fatti di atetosi. Prognosi relativamente fausta. 4° Casi di emiplegia cerebrale con prognosi fausta. (*Zeitschrift für ortopädische Chirurgie* vol. 7, fasc. I).

9. Lannois e Paviot riferiscono un caso di **« sclerosi midollare a placche »**, consecutiva ad una artrite tubercolare della spalla. Trattasi di una donna di 46 anni, la quale a diciotto fu affetta da artrite tubercolare della spalla, per cui, dopo una lunghissima durata della malattia, l'articolazione le rimase anchilosata. Indi cominciò a notare impotenza motoria dell'arto inferiore sinistro ed effettivamente si rileva una emiplegia destra ad evoluzione progressiva con integrità della faccia e trepidazione epilettoide. La morte si ebbe per fenomeni bulbari. All'autopsia s'impose la diagnosi di sclerosi midollare a placche (*Revue de Mèdecine*, n. 8, agosto 1899).

10. Herzog riferisce alcuni casi di **« albuminuria in individui diabetici »**, seguiti tutti da morte per coma. In tutti i casi, meno uno solo, all'autopsia si trovarono fatti di nefrite parenchimale. La nefrite nei diabetici è una complicazione che conduce a sicura morte in breve lasso di tempo. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 32, 10 agosto 1899).

PROFILASSI PROFESSIONALE

LA PROFILASSI NEI LABORATORI DI BATTERIOLOGIA

Molto raramente si pensa, quando vengono assegnati i locali per un laboratorio, al modo con cui il Direttore dovrà alloggiare gli animali da esperimento ed al modo con cui egli si sbarazzerà dei loro cadaveri e di tutti i materiali di rifiuto di essi.

Il D.r Simonetta, dell' Istituto d' Igiene di Siena, diretta dal Prof. Sclavo (*Le misure di profilassi in un laboratorio di batteriologia*, Siena 1899), dà delle norme perchè gli esperimenti batteriologici nei laboratori siano fatti nelle condizioni di non nuocere. I ferri e gli schizzetti debbono essere sterelizzati con l'ebollizione, le provette, i matraccini, le capsule, ecc. che servirono per l' inoculazione, vengono immediatamente immersi, a seconda dei casi, o in soluzione di sublimato corrosivo acido al 4 0[00, od in liquido di Laplace al 10 0[0, oppure vengono riempiti di acido cloridrico o solforico. Tolto dal tavolo, su cui venne operato, l'animale vien posto in una gabbia di rete metallica, la quale, deposta sopra un vassoio di zinco, per impedire che l' animale lasci nel laboratorio qualche traccia di sè, viene poi portato in un' edicola apposita che trovasi nel cortiletto dello Istituto, questa edicola poggia su quattro colonnine di travertino, alte m. 1,10, di cui cm. 56 sono infossate nel terreno. Verso il mezzo queste colonnine sono fornite di un semicanale anulare di piombo, contenente una soluzione di acido fenico al 5 0[0 ed ha lo scopo d' impedire l' accesso nella gabbia agli insetti ed ai piccoli animali non alati, una vite a dado permette di risciacquarli con facilità. Le colonnine sono saldamente infisse nel terreno attraverso ad una massicciata di calcestruzzo, la quale ha un rivestimento di cemento levigato, margine arrondato rialzato e pendenze regolate in guisa che tutte convergano verso un punto centrale, dove trovasi un chiusino a sifone, il quale è in relazione con la fognatura dell'istituto e serve a raccogliere le acque meteoriche e le acque di lavaggio dell'edicola.

L'edicola consta di due armadi assicurati a due colonnine per ciascuno e posti l'uno di fronte all'altro, con un' intervallo di cm. 90, riuniti da un cappello centrale, il quale forma un tetto a due pioventi; che sopravanzano le due tettoie degli armadi. Ciascuno armadio è lungo m. 1,50, largo cm. 65 ed alto m. 1,90, porta tre ripiani di legno, raccordati ai montanti ed ai correnti con curve molto pronunciate. Le gabbie posano su questi ripiani, non direttamente, ma con l' interposizione di un strato di torba in polvere.

Per difendere le gabbie anco dagli insetti alati, tutto l'armadio é ricoverto di rete metallica zin-

cata a maglia assai alta (mm. 2 × mm. 2). Per riparare gli animali dal freddo vi sono delle pareti a vetri. Sotto il tetto centrale, munite di rete metallica, ci sono delle aperture a trifoglio per il ricambio dell'aria. La parte che serve a contener la torba è stuccata e verniciata con vernice-smalto bianca, ed il tubo di scarico di piombo è convenientemente slabbrato a forma d'imbuto, per modo che si può fare un generoso lavaggio disinfettante di ciascun ripiano, senza correre il rischio di far piovere liquido sul piano sottostante.

Il rifornimento del cibo vien fatto, senza aprire le gabbie, mediante imbuti appositi, che passano attraverso alle maglie delle gabbie stesse. La pulitura del recipiente per l'acqua si compie facilmente cambiandonela più volte di seguito, dopo averla aspirata con una siringa.

Ogni 15 giorni tutta la torba vien cambiata e distrutta, come le sostanze fecali; quindi si lava la gabbia con liquido di Laplace al 5 0[0 seguito da un lavaggio di acqua pura.

Morto l'animale si pone la gabbia su di un vassoio di zinco, e si porta tutto vicino ad una caldaia contenente carbonato sodico al 10 0[0 e che servirà per la disinfezione della gabbia e del vassoio. L'animale é fissato mediante quattro funicelle con nodi scorsoi, ad una lastra di cristallo dello spessore di mm. 8 con 4 buchi; fissato l'animale, si ricopre tutto il tavolo con una custodia di rete metallica, che pone l'animale fuori la portata delle mosche.

Tutte le finestre del laboratorio sono protette con rete metallica finissima e fittissima fissa.

Terminata l'autopsia, si irrora tutto l'animale con soluzioni di liquido di Laplace al 5 0[0 e poi si recidono le fucinelle da ambo le parti; l'inserviente porta allora la lastra orizzontalmente, per non lasciar cadere gocce di liquido per via, fino al luogo dove si trova un recipiente a collo largo tanto da potervi introdurre la lastra medesima, la inclina allora e l'animale scivola nel liquido contenuto nel recipiente,

Questo liquido è acido solforico del commercio, nel quale, oltre che gli animali sezionati o semplicemente morti, vengono distrutte anco tutte le materie solide, che provengono dalla lettiera dell'edicola. Per mezzo di un apposito follatore, ricoverto di piombo, il corpo dell'animale viene trattenuto al fondo affinchè la sua distruzione venga accelerata.

Si provvede quindi alla disinfezione della lastra di cristallo del tavolo di autopsia, della gabbia, del vassoio. L'ebollizione nella caldaia con carbonato sodico della gabbia e del vassoio, durerà 20 minuti, quindi quest'oggetti si sciacqueranno a getto continuo di acqua e si faranno asciugare all'aria libera.

L'uso dell'acido solforico, come risulta da esperienze del Simonetta, è convenientissimo per molti riguardi; poichè, oltre a possedere un energico potere antisettico, costa poco.

Con questi tecnicismi si può sicuramente ovviare a tutte le possibilità di contaminazioni che possono sorgere negli esperimenti di batteriologia. Noi però li vorremmo riservati per le ricerche da fare sui batterii delle infezioni comuni.

Ma per quelle infezioni esotiche che potrebbero seriamente compromettere l'esistenza di una popolazione, ci pare che spesso non si abbia ad incorrere nella triste avventura di Vienna; là certamente il caso é capitato ad individui non ignari delle precauzioni necessarie per ogni batteriologo.

Gli studii sulle epidemie esogene bisognerebbe farli o negli stessi paesi ove la malattia infierisce o in ispeciali locali isolati dai centri abitati e forniti di un personale specialmente educato a questo genere di lavoro (per modo che possa salvare sé stesso ed il pubblico da ogni pericolo. Per questi istituti dovrebb' essere sempre necessaria un' autorizzazione speciale.

SEMIOLOGIA MEDICA

La iodopina per determinare la funzione dello stomaco

Per studiare la scomposizione del grasso nell'intestino gli autori hanno fatto una serie di esperimenti somministrando internamente un composto di grasso e jodo, già ottenuto da lungo tempo dai chimici e di cui si è servito per alcune sue ricerche il Winternitz. Questo composto ottenuto facendo agire insieme il jodo e l'olio di sesamo ha ricevuto il nome di jodopina. Il Winternitz ha trovato che il succo gastrico normale, anche agendo a lungo, non è capace di separare il jodo dal grasso, mentre il succo pancreatico e la bile producono facilmente questo effetto. Dimodochè la jodopina può benissimo essere adoperata per studiare il potere motore dello stomaco. Il Winternitz ha già stabilito che nell'uomo sano dopo l'ingestione di jodopina comparisce il jodo nell'urina a capo di 20 minuti. Winkler e Stein (*Centralblatt für innere Medicin*, n. 33, 1899), studiarono la comparsa del jodo, anzichè nell'urina, nella saliva, servendosi del noto metodo del Bourget, saggiando cioè la saliva con carta preparata alla colla d'amido ed imbevuta di persolfato d'ammonio 5 0[0, la quale si colora in bleu al primo apparire del jodo nella saliva. Winkler e Stein somministravano la jodopina con l'aggiunta di un correttivo d'olio di menta piperita, nella quantità di un cucchiaio da caffè, $^1/_4$-$^1/_2$ ora dopo una colezione di prova consistente in una tazza di the o latte ed un panino bianco. Le ricerche fatte negli individui sani dimostrarono che la reazione del jodo comparisce nella saliva al più presto $^1/_4$ d'ora, al più tardi $^3/_4$ d'ora dopo che è stata introdotta la jodopina. Se dopo un'ora

la reazione non comparisce ancora si può ammettere sicuramente un disordine di motilità dello stomaco. In un caso di carcinoma dello stomaco con notevole dilatazione, la reazione comparve dopo 4 ore. Winkler e Stein fanno osservare che i risultati ottenuti colla jodopina coincidono con quelli del metodo al salolo (Sievers-Ewald) invece le cifre ottenute col metodo di Fleischer al jodoformio e con quello di Sahli che si serve dei glutoidi, sono molto più elevate, perchè nell'uomo sano la reazione comparisce col primo di questi metodi dopo 55-105 minuti, in media dopo 55-65 minuti: col secondo fin dopo 4-6 ore.

Riguardo al loro metodo poi Winkler e Stein fanno osservare che nello stesso individuo il passaggio del grasso dallo stomaco nell'intestino non avviene sempre con eguale velocità. e ciò spiega i limiti di tempo da loro trovati riguardo alla comparsa della reazione (da $^1/_4$ a $^3/_4$ d'ora). D'altra parte il perdurare relativamente breve del grasso nello stomaco impedisce che la jodopina venga attaccata dal fermento che Cash e Ogata hanno trovato nello stomaco che dopo un certo tempo scompone il grasso.

FORMULARIO

Cura della laringite stridula

Bromuro di potassio . . . . , gr. 1 a 2
Sciroppo del Tolù. . . . . . » 30
Acqua di lattuga . . . . . . » 60

Da bere durante il giorno.

(Gougenheim)

oppure:

Benzoato di sodio . . . . . . gr. 1 a 4
Sciroppo diacodio . . . . . . » 5 a 30
Acqua di lauro-ceraso. . . . . » 2 a 4
Alcoolatura di radice di aconito gocce a I a X
Giulebbe gommoso . . . . . gr. 60 a 120

come sopra. (Legendre)

Alla sera poi due cucchiai da zuppa del seguente sciroppo:

Sciroppo diacodio
Sciroppo di gemme di pino } ana gr. 100
Alcoolatura di foglie di aconito. gr. 2

Cura dell'ipertrofia delle tonsille

Resorcina . . . . gr. 5
Acqua. . . . . » 1000

oppure:

Naftolo β. . . . . gr. 0,50
Acqua. . . . . » 1000

Per irrigazioni calde e abbondanti mattina e sera.

Gargarismo antisettico

Escat consiglia:

Salolo . . . . gr. 1
Alcool a 90°
Glicerina } ana » 50
Acqua bollita . . . . » 400

NOTIZIE E VARIETA'

La peste ad Oporto

Oporto, 25—La peste bubbonica continua a fare delle vittime.

Ieri si ebbero quattro casi, due dei quali fulminanti.

È veramente straordinario il furore della popolazione contro il dottor Jorge, direttore dell'istituto batteriologico, che ha rivelato alle autorità di Oporto l'esistenza di questa epidemia e ha finito di rivelarla a tutto il mondo, quando le autorità cercavano di nascondere col rischio di far propagare il terribile flagello da per tutto.

Un medico portoghese, il signor Corta, è giunto perfino ad attentare alla vita del dottor Jorge in piena strada.

Una folla numerosa si è recata ieri davanti al laboratorio del dottor Jorge, insultandolo, perchè per aver rivelato la malattia ha fatto mettere Oporto in quarantena danneggiando gli interessi commerciali.

Quando il dottor Jorge ha lasciato il laboratorio è stato seguito dalla folla dei dimostranti sempre più minacciosa, ed è stato costretto a salire in vettura e a farsi proteggere dalla forza pubblica.

Il tumulto è stato così violento che molti, commercianti chiusero i loro negozi.

Una nota del governo spagnuolo a quello di Lisbona protesta contro l'impunità accordata agli scellerati magistrati di Oporto, e invita il governo portoghese a compiere una giustizia esemplare che spaventi i possibili imitatori.

Oporto,26—Ieri nessun caso.

Madrid, 26.—Il console spagnuolo a Lisbona ha segnalato la comparsa di due casi di peste bubbonica nei dintorni di Oporto e di due altri in località situate lungo la linea ferroviaria Oporto-Lisbona.

Ad Oporto si è manifestato soltanto un nuovo caso benigno.

Oporto, 27. — Ieri non si verificò alcun caso di peste in città. Vi fu soltanto un caso sospetto nel sobborgo Remalde, seguito da morte. Si farà l'autopsia della salma e quindi questa sarà cremata.

Bucarest, 26.—Il giornale ufficiale pubblica una nota, nella quale si dichiara che non si è verificato alcun caso di peste a Reni.

Oporto, 27.—Dal principio della peste vi furono finora 51 casi e 18 morti.

Roma, 27.—Il ministro dell'interno ha inviato ad Oporto il prof. Gosio, che fu incaricato dalla Direzione di sanità di fare studi sulla peste.

Il prof. Gosio è partito iersera.

Congresso internazionale dei medici delle compagnie d'assicurazioni sulla vita.

In questo anno avrà luogo il primo Congresso internazionale dei medici delle compagnie di assicurazione sulla vita.

Esso si terrà a Bruxelles, dal 25 al 28 settembre. Sarà strettamente scientifico e le conclusioni saranno di grande utilità per le compagnie di assicurazione. Il comitato organizzatore ha ricevuto adesione dai principali paesi dell'Europa e degli Stati Uniti. Le quistioni messe all' ordine del giorno sono le seguenti: 1. Dell'ammissibità dei sifilitici ai vantaggi dell' assicurazione; 2. Delle nevrosi traumatiche. 3. Dell'alcoolismo dal punto di vista della assicurazione sulla vita; 4. Di alcune dermatosi considerate dal punto di vista dell'assicurazione sulla vita; 5. Dell'antropometria nei suoi rapporti coll'assicurazione sulla vita; 6. Dell' ammissibilità dei glicosurici; 7. La radiografia in materia d'assicurazione; 8. Quali sono neurastenici ammissibili e quali no? 9. L' eredità tubercolosa considerata dal punto di vista della sua influenza sull' assicurazione sulla vita; 10. Dell' esame del cuore; 11, Dell' utilità di un formulario medico universale; 12 Delle statistiche mediche; 13, Il segreto medico e le compagnie di assicdrazione; 14. Della diagnosi precoce della paralisi generale; 15. Continuità degli stati morbosi attraverso alla vita. Contributo alla sintomatologia delle tare organiche; 16. Della frode in materia d'assicurazione; 17, Dell' ammissibilità degli albuminurici,

Le acque potabili dei Comuni

Il Senatore T o d a r o della Università di Roma, il prof. P i u t t i della Università di Napoli, hanno interessato il Consiglio superiore della sanità, a richiamare l'attenzione del Ministero dell' interno sulla potabilità delle acque nei Comuni aumentando la sorveglianza, promuovendo con tutti i mezzi la fornitura e facilitando per quanto è possibile la esecuzione dei progetti di conduttura di acque nei Comuni per opere igieniche, e coll'istituzione delle cassette per l'analisi delle acque da inviare ai laboratori della Sanità, potrà provvedere a questo desiderio.

La diminuzione dell' uso dell' alcool ed i suoi risultati in Norvegia.

In conseguenza della diminuzione dell' uso dell'alcool in Norvegia si é costatata una diminuzione sensibile nel numero degli accidenti cagionati dall'alcoolismo. La percentuale degli alienati alcoolisti che era del 13, 7 0l0 dal 1856-1890, nel 1893 è arrivata al 4, 4 0l0. Sono ancora diminuiti i suicidi. La durata media della vita sembra di essere anche aumentata. La criminalità è egualmente abbassata; essa durante il periodo 1871-1874 si è abbassata al 142, 1 per 100,000 di abitanti.

GAZZETTINO

ROMA. *Esami di medici di marina.* — La Commissione esaminatrice per l' avanzamento a medici di prima classe sarà composta come segue: Ispettore medico S c r o f a n i S a l v a t o r e, presidente; direttore medico A b b a m o n d i G. B.; idem idem V i g l i e t t a G i o a c c h i n o; medico capo di seconda classe P a s q u a l e A l e s s a n d r o; id. id. id. C i p o l l o n e T o m m a s o membri; medico di prima classe B e l l i C a r l o segretario (senza voto). La Commissione si riunirà all' ospedale dipartimentale di Venezia.

ROMA. *Conferenza militare sanitaria.* — Si è indetta a Bruxelles la conferenza internazionale militare sanitaria. Vi interverranno i delegati di tutti gli eserciti europei. Il delegato italiano sarà il colonnello medico P a n a r a.

Scopo principale della conferenza sarà quello di trovare i mezzi per combattere la sifilide tra i militari.

NAPOLI. *Per D o m e n i c o C i r i l l o.* — Nella sala di S. M. la Nova, sotto la presidenza dell'onorevole Duca di San Donato si riunì il Comitato generale per le onoranze a D o m e n i c o C i r i l l o. Fra gli intervenuti notavansi: i professori G a l l o z z i, del P i n o direttore dell'Orto botanico, De R e n z i, C a p o z z i, P a l a d i n o, R i a, B i o n d i G i u s e p p e, S a l v i a, il consigliere provinciale G e n n a r o F e r r i g n i, il cav. C r i s t i a n i sindaco di Grumo, i signori C h i a c c h i o, dott. P a c i l i o e dott. C o p p o l a del Comitato locale di Grumo, e l'avv. B e n e v e n t a n i.

In ultimo l' on. Duca di San Donato nominò una Commissione composta dai signori: professori G a l l o z z i, del P i n o, P a l a d i n o, R i a, cav. C r i s t i a n i, dott. C o p p o l a e C h i a c c h i o di Grumo per preparare il programma della festa inaugurale del monumento che avrà luogo il 29 ottobre, giorno in cui ricorre il primo centenario del supplizio di D o m e n i c o C i r i l l o.

MILANO. *Contro la tubercolosi.* — Il Prefetto ha diramato ai Sottoprefetti, Sindaci e presidenti delle Amministrazioni Ospitaliere una lettera circolare con cui, dopo aver rilevato la diminuzione da circa un decennio di quasi tutte le malattie di carattere contagioso diffusivo, osserva che la tubercolosi seguita nella stessa proporzione di un tempo a mietere vittime. Il Prefetto nota come in questi ultimi tempi un movimento benefico cominciò ad accentuarsi in favore di questa difesa e la lotta contro la tubercolosi sta per essere organizzata con mezzi adeguati. Tutte le Autorità, tutte le Amministrazioni perciò devono concorrervi nelle misure cui loro spetta.

La circolare, oltre le solite norme ed avvertimenti, contiene due esortazioni, la prima delle quali riferendosi ad una circolare ministeriale del 1897, prescrive alle direzioni di Ricoveri, Ospizii ed Istituti pubblici collettivi in genere che i tisici debbano essere separati dagli altri infermi.

La seconda esortazione si riferisce ai proprietari di fabbriche, specie d' industrie tessili, acciocché

provvedano alle visite degli operai ed alla adozione dalle misure igieniche eventualmente reclamate per la profilassi della tubercolosi.

BOLOGNA. *All' Ospedale Maggiore.* — L' assessore anziano avv. Nadalini si recó a visitare il nostro massimo ospedale, ricevuto e guidato attraverso gli amplissimi locali dal direttore generale Costetti, e accompagnato dai medici di servizio.

La visita fu lunga e minuta e l'egregio direttore ebbe campo di informare il suo collega in assessorato sull'andamento dei vari servizi e sulle innovazioni apportate nell'ospedale e che sono in progetto per favorire in quanto è possibile l' isolamento di certe categorie di colpiti da malattie infettive.

L'avv. Nadalini ringrazió il Costetti felicitandosi vivamente con lui e cogli altri presenti ed esprimendo a tutti la sua viva compiacenza.

COMO. *Congresso di educazione femminile.*— Una nota interessantissima fu quella svolta in questo congresso dall' insegnante Michelangelo Boglione, sui modi di combattere il flagello tra i fanciulli delle scuole.

La relazione del Boglione si riassumeva in queste conclusioni approvate ad unanimità dal Congresso:

« Ammesso — come oggi è scientificamente dimostrato — che la tubercolosi è una malattia infettiva, al pari delle altre, suscettibile di cura, di guarigione, ma di facile diffusione specialmente in organismi delicati, di costituzione e di condizione diversa, obbligati a rimanere lungo tempo accumulati in spazi piuttosto ristretti — precisamente come succede nella scuola — nell'interesse igienico della società e della scuola stessa, si raccomanda:

« 1° I signori insegnanti concorrano a rendere popolare l'attuale concetto della tubercolosi;

« 2. Soltanto locali ben disposti, bene arieggiati, facilmente disinfettabili sieno adibiti ad uso scuola;

« 3° Allo scolaro sia assolutamente proibito sputare a terra, ma solo in apposite sputacchiere collocate in terra;

« 4° Ogni scolaro sia munito—ed unicamente per sè — di proprii oggetti d' uso comune: bicchiere, penna, ecc.

« 5° Divieto in classe d'esercizi ginnastici, la cui esecuzione solleva pulviscolo;

« 6° Allontanamento dalla classe degli alunni emaciati, abitualmente tossicolosi, non muniti di dichiarazione medica che li proclami immuni dalla tubercolosi polmonare ».

PRATO SOPRA LA CROCE. (Chiavari). *Una lapide al dott. E. Prandina.*—Presenti le autorità, numerosi amici dell' estinto e il popolo festante, si scoprì una lapide marmorea in onore del patriota, dott. Prandina soldato, medico ed amico di Garibaldi.

LIBRI NUOVI

Libri pervenuti in dono al prof. G. Rummo.—Palermo

Angelo Celli. **La malaria secondo le nuove ricerche.**— Roma, Società editrice Dante Alighieri. Un vol. in 8° di pag. XI-181 L. 3, 50.

Le lezioni sulla malaria fatte dal Celli nel suo corso di epidemiologia formano il nucleo di questo libro che riassume in maniera sobria e concisa tutto ciò che si sa sulla malaria. Fatta rapidamente la storia della malaria ed accennati ai danni economici che essa produce, il Celli passa a trattare ampiamente della etiologia, che espone in tutti i suoi fattori, intrattenendosi specialmente sulle più recenti cognizioni relativamente alle zanzare. Nella seconda parte si occupa della profilassi, considerando separatamente i mezzi diretti contro la causa infettiva e quelli diretti contro le cause predisponenti. Chiude il libbro un saggio di bibliografia della malaria romana che in ordine cronologico va da Varrone (anno 36 a. C.) fino ai lavori di questi ultimi giorni.

T. Moretti. **La digitale nella pulmonite.**—Forlì 1899.

É uno studio completo di tutto ciò che si è fatto per l'applicazione della digitale nella pulmonite, avuto specialmente riguardo alle numerose ricerche italiane, e basandosi per i risultati su numerosi dati statistici: il Moretti vi contribuisce anche con numerosi casi personali. Una minuta disamina di tutto il materiale raccolto lo mena a concludere che la digitalina ha un' azione antagonistica ed antitossica verso lo pneumococco ed i suoi veleni.

Libri editi dall' Unione tipografico-editrice torinese

1. H. Beaunis. **Elementi di fisiologia umana.**—Traduzione italiana del prof. V. Aducco.

É pubblicata la 12ª dispensa in cui continua la trattazione dei prodotti di disassimilazione.

2. E. Morselli. **Lezioni su l'uomo secondo la teoria dell'evoluzione.**

É pubblicata la 41ª dispensa, in cui comincia la 19ª lezione che tratta della formazione e patria del genere umano.

3. F. Taylor. **Manuale pratico di medicina interna** — Prima traduzione italiana con aggiunte del dottor Luigi Ferrio.

É pubblicata l'8ª dispensa. Contiene la fine della trattazione delle meningiti, le malattie del cervello, e una parte delle malattie funzionali del sistema nervoso.

CONCORSI E CONDOTTE

Cineto Romano. (Roma). Concorso al posto di Medico-chirurgo condotto. Stipendio annuo L. 1800 compresi L. 100 come ufficiale sanitario. Scadenza 20 settembre.

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SINTOMATOLOGIA E CURA DELL'UREMIA

La sintomatologia dell'uremia è molto varia e complessa. I sintomi sono stati diversamente aggruppati: la distinzione più ordinariamente seguita è quella del Frerichs, cioè, in uremia acuta e cronica; altri invece fanno tante forme quante sono le origini dell'uremia (renale. ureterica, vescicale, uretrale ecc.): altri, infine, distinguono delle forme corrispondenti alla predominanza di un sintoma o gruppo di sintomi (uremia comatosa, convulsiva, dispnoica, ecc.). Ora queste forme, così nette come vengon descritte, raramente si osservano in pratica; perocchè i sintomi si aggruppano in molteplice guisa. Laonde è meglio enumerarli partitamente e vedere, infine, quali sono gli aggruppamenti più comuni.

I disturbi della secrezione urinaria dell' uremia sono poco studiati, poichè negli accessi l'anuria è quasi completa. Pria degli accessi vi ha per tempo più o meno lungo oliguria, a cui spesso succede l' anuria completa. Ciò però, non è costante; poichè vi son dei casi in cui l'urina diminuisce poco o nulla (Maragliano, v. Jaksch, Liebermeister); ciò pare frequente nei bambini (Henoch, Baginsky). Il peso specifico ordinariamente durante l' attacco aumenta parallelamente alla diminuzione della quantità; talora (nefrite interstiziale) la densità diminuisce e spesso progressivamente pria dell'attacco (v. Jaksch, Barlow, Jaccoud). Il colore varia; l'odore non ha nulla di speciale, tranne nei casi in cui non vi sia scomposizione nella pelvi o nella vescica. La reazione è acida, e quest'acidità diminuisce fino all'alcalinità nei vomiti prolungati. Durante l'uremia l'albumina è abbondantissima (Charrin, Zinno ecc.): in certi casi però è scarsa o assente (Marie, Edward, Monod, Dieulafoy, Variot, Bartels, ecc.). L'eliminazione dell' azoto va diminuendo fino a scomparire (Fleischer, Christison, Liebermeister, v. Noorden, Ritter, Bartels, ecc.). Anche l' azoto non ureico diminuisce (Gumlich, Zinno). Vi ha aumento costante dei corpi allossurici (Kolisch, Rommel); ma è probabile che, nell'ultimo periodo queste sostanze diminuiscano (Zuelzer). Si ha anco diminuzione dei sali (Fleischer, Bohone, Feltz e Ritter, Charrier, Zinno). I principii morfologici sono quelli che si riscontrano nelle nefriti (cilindri, emazie, globuli bianchi, cristalli). Infine la tossicità urinaria è diminuita (Bouchard, Dieulafoy, Maragliano, ecc.).

I prodromi sono variabili. Nei casi ad inizio cosidetto brusco, sono esistiti dei sintomi più o meno importanti (Lasègue); però di tali casi ne esistono indubbiamente (Fournier, Raymond) e scoppiano nel più bello della salute. Richiamano sovratutto l' attenzione degli infermi la diminuzione dell'escrezione urinaria, la cefalea, ora generalizzata, ora unilaterale, ora localizzata, d' intensità e durata varia, spesso associata a disturbi visivi (fosfeni, scotomi scintillanti, difficoltà accomodativa, ambliopia, amaurosi) od a disturbi auditivi (ronzii, ipoacusia, cofosi, vertigini). Talvolta esistono delle vere nevralgie (Seguin, Oppolzer, Balzer, Chantemesse e Tenneson, Jaccoud). Altro sintoma prodromico frequente è il vomito, che può durare varii giorni, ed essere alimentare, o mucoso, bilioso, persistente. In esso manca frequentemente l'acido cloridrico (v. Jaksch, Biernacki, ecc.). Al vomito si associa spesso anoressia, sete, rutti, acidità, pirosi, diarrea (Fournier). Altri fenomeni son dati dall' organo della visione. I malati possono avere la sensazione del dito morto (Soyer, Alibert, Dieulafoy), di freddo generale con orripilazione, di una scossa elettrica (Dieulafoy, Odimansson); spesso hanno crampi e spasimi, iperestesia cutanea (Rosenstein), dolori reumatoidi (Christison), anestesia (Candrelier), talvolta con analgesia (Ortelle). È pure frequente il prurito (Mathieu). Nel piccolo brightismo (Dieulafoy) possono riscontrarsi emorragie dei varii distretti vascolari (naso; polmoni: Duclos e Dieulafoy).

La temporale è fortemente pulsante ed incompressibile. I malati spesso hanno dispnea notturna (Huchard). Tutti questi sintomi precedono spesso di molto l'attacco uremico; altri compaiono poco prima di questo (sonnolenza, stupore, apatia). Infine il Malinowscki insiste sull'importanza della dilatazione ed ineguaglianza delle pupille, nonchè sul rallentamento del polso.

Ad un dato tempo scoppia l'accesso, che è, nel maggior numero dei casi, caratterizzato dalla comparsa del coma, che, per la sua origine, fu detto uremico. Esso è di regola nei

fatti renali cronici. L'inizio dell'accesso comatoso è vario: ora brusco ora lento, preceduto talvolta da convulsioni. Le forme del coma non sono sempre identiche: la perdita di coscienza è completa od incompleta; la faccia è pallida, gli occhi socchiusi, il movimento pupillare lento ed incompleto, le membra risolute; l'ammalato non risponde agli stimoli, nè esegue qualsiasi movimento volontario. Vi ha stertore, spesso respiro periodico. Il polso è duro e raro, talvolta debole e frequente. Gli sfinteri sono paretici e nei casi gravi vi ha incontinenza di urine e di feci. Difficilmente i malati si riprendono da quest'attacco, che il più spesso finisce con la morte; talvolta però possono esservi remissioni, e la coscienza può ritornare. In un altro gruppo di fatti il coma è incompleto e l'ammalato conserva uno stato di semicoscienza; eccitato risponde. Altre volte i disturbi sono meno accentuati. La durata del coma è variabile.

Bright, Addison, Lasègue, insistettero sull'assenza dei fatti paralitici. Però riscontrando bene la letteratura si può vedere che anco prima e dopo di essi i casi di paralisi uremiche non sono infrequenti (Ippocrate, Dornblüth, Rego, Churchille, Chantemesse e Tenneson, Floraut e Canniot, Lever, Massalongo, Boinet, Grenet, Brunet, Addy, Reynold, Allemand, Gläser, Henoch). Queste paralisi or son dovute ad emorragie (Thomas, Rosenstein, ecc.); ora all'autopsia si è trovato l'edema cerebrale e talvolta nulla. In tali casi alcuni invocano l'edema (Chantemesse e Tenneson, Raymond), altri invocano l'azione di sostanze tossiche (Landois, Charrin, Baillet, Dèbove, ecc.). Le due teorie sembrano non escludersi nei singoli casi: pare però probabile che il sustrato di queste paralisi debba consistere nelle fini alterazioni del sistema nervoso riscontrate da De Grazia, Gabbi, Acquisto e Pusateri, ecc. Le paralisi ordinariamente sono da un sol lato: si descrive una emiplegia uremica, una paraplegia (Dornblüth, Raymond, Leichtenstern, Henoch, Baginsky, Lancereaux, Bernard, Chantemesse, ecc.). Esse sono spesso precedute da cefalea, vomito, vertigini, ecc., talvolta si associano al coma ed alle convulsioni. E' concomitante d'ordinario l'ipertermia. All'emiplegia si associa emianestesia sensitiva e spesso sensoriale. Spesso vi ha paralisi del facciale (Lower, Brunet, Raymond, Bernard, Carpentier, Duprè e Rabè), dei retti esterni (Cohen, Dubois), della lingua (Dunin, Rosenstein), dell'occhio, ecc. Queste paralisi sono estremamente mobili e scompaiono in breve tempo; sono difficilmente complete.

Talvolta però esse rimangono a permanenza. Accompagnata alle paralisi sta l'afasia sola od associata all'amnesia, all'agrafia.

Tra i sintomi nervosi di eccitamento bisogna considerar prima l'eclampsia uremica, la più frequente dopo il coma si riscontra di più nelle forme acute di uremia (Renaut, Trousseau, Laveran), ma anche nelle forme croniche (Lasègue, Fournier, Bernheim). E' più frequente nei bambini (Rilliet e Barthez, Henoch, Baginsky, Jurgensen), nelle puerpere, negli uomini eccitabili (Ferrand). Ordinariamente è preceduta da prodromi, e talvolta da un'aura come nell'epilessia. Di essa si distinguono una forma generalizzata, più frequente, ed una parziale o jaksoniana. Dall'attacco convulsivo i malati possono passare nel coma. Le forme parziali sono state descritte da Rosenstein, Strümpell, Bonnet, Raymond, Nicolle, Chauffard, Cristiani, Natale, Papi. Gli accessi, quale che sia la forma, possono essere unici o ripetersi sino ad avere un vero stato di male.

Si sono ancor riscontrati: lo strabismo (Cohen, Dubois), il nistagmo (v. De Vijre, Chauffard), contrazioni cloniche localizzate in gruppi muscolari periferici (Valenza), convulsioni tetanoidi (Kussmaul), la tetania (Imbert Gourbeyre, Delpech, Rabaud, Piron, ecc.), l'esagerazione dei riflessi (Hoagewege).

Possono anco riscontrarsi disturbi psichici (Koeppen, Savage, Werberg, Sonkei, Dieulafoy, Toulouse, Lallier, Jolly, Monod, v. Hoesslen, Weber, Mabille, Auerbach, Kleudgen, Scholz, Redon e Pissot, Brieger, Bouchut, Goldstein), sotto forma di delirii, illusioni, allucinazioni, stupore, depressione ecc.

I disturbi oculari si riscontrerebbero nel 23 0|0 dei casi (Zaleschy), sotto forma di amaurosi, emianopsia bilaterale, diplopia, presbiopia, emeralopia, mosche volanti (Henoch, Beclier, Eberth, Graefe, Michelson, Hirschberg, Rosenstein, Forster).

La dispnea è un sintoma frequente, che si può trovar da sola o come un sintoma prevalente; talvolta è un epifenomeno. E' più frequente nelle forme croniche. Rapp e Waldemburg descrissero una forma senza lesione obbiettivamente rilevabile, che chiamarono asma uremico; un'altra forma fu descritta dal Sanntby come pseudo-crupale; infine, come accidente quasi sempre terminale dell'uremia, si riscontra il respiro di Cheyne-Stokes. La dispnea può essere continua od accessionale. Nel periodo terminale si può riscontrare, infine, il respiro di Biot (rarissimo); (Fischl, Potain, Cuffer, Rosenstein).

Nell'uremia si son riscontrate modificazioni della temperatura (Smoler, Kien, Roberts, Hirtz, Billroth, Hutchinson, Thaon, Bourneville, Budin, Mac Bride, Routherford Haldane, Rosenstein, Bartel, Strümpell, Guyot, Hutinel, Chantemesse e Tenneson, Jaccoud, Eichhorst, Ughetti e Gabbi: alcuni però han riscontrato ipertermia, altri ipotermia.

Il polso è lento (Monod, Henoch, Wagner, Molinowschi), la pressione arteriosa si modifica parallelamente al polso (Ziemmsen). Lo stato del cuore è in rapporto coi fatti citati. Sono frequenti le emorragie (epistassi: Levi, Monod, Bartels, Tood; ematemesi: Lichty; emottisi, metrorragie, porpora).

Nell'uremia si riscontra: la stomatite uremica (Bariè); la salivazione (Bariè, Fleischer, Richardière, ecc.). L'alito è fetido (Frerichs), ammoniacale. Vi ha vomito, singhiozzo, stitichezza ostinata o diarrea sierosa o dissenteriforme.

Spesso si notano sudori profusi, prurito intensissimo, roseola, eritema polimorfo, penfigo, ectima, foruncoli, ecc.

Le forme dell'uremia sono svariatissime, giacchè svariatissimi sono i sintomi che in essa si riscontrano.

Se l'infermo trovasi sotto l'influenza di una malattia acuta, bisogna curar questa. Quando vi ha minaccia di uremia bisogna insistere nel regime latteo assoluto (Bouchard). Bisogna pensare all'antisepsi intestinale, ed all'eliminazione delle sostanze tossiche per gli emuntoi naturali (purganti, bagni caldi, di aria calda, a vapore, diuretici) ed alla distruzione di esse (salasso, iniezioni di siero artificiale).

BIBLIOGRAFIA

v. Jaksch, *Klin. Diag.* — Charrin, *Arch. de phys.*, 1891. — Lasègue. *Arch. gén. de med.* 1852.—Fournier. L'uremia, Paris, 1863.—Raymond. *Rev. de méd.* 1885. — Bernard. *Th. de Paris*, 1885.— Baillet. *Th. de Paris*, 1898.—Monod. *Th. de Paris*, 1868. — Zinno. L'uremia, Napoli, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo diretta dal Prof. I. TANSINI

CONTRIBUTO ALLA GENESI EMBRIONALE DI UN ADENO-EPITELIOMA CISTICO PRIMITIVO DELL'OMBELICO.

Dottor Abele Ajello

Docente di patologia chirurgica

Se le osservazioni cliniche di epiteliomi primitivi dell'ombelico sono scarse, sono rarissime quelle completate dallo studio e dalla ricerca riguardanti la loro genesi; giacchè non bisogna dimenticare che la cicatrice ombelicale, sotto questo punto di vista, è predisposta a creare difficoltà e sorprese non tanto dal lato degli scarsi e semplici elementi anatomici da cui risulta costituita, quanto invece dal lato dei rapporti intimi che essa contrae fin da' primordi della vita con organi embrionali e fetali. Così che è a ritenersi vantaggiosa ogni nuova osservazione che possa portare notizia del movente etiologico di questi tumori.

Uno studio siffatto è reclamato specialmente oggidì che vediamo vagheggiata e sostenuta da molti studiosi una nuova etiologia di alcuni neoplasmi, e cioè l'etiologia parassitaria; oggidì più che mai si comprende la necessità che osservazioni simili, relative a tumori, i quali ripetono la struttura e financo la funzione di veri organi e che hanno tanto nesso con le conoscenze embriologiche, debbano essere attentemente ricercate e studiate. Così il loro studio mentre da una parte contribuisce col numero e con la varietà a rafforzare la dottrina embrionale, d'altra parte per esclusione addita quali siano i tumori che vanno ricercati nel senso di una possibile genesi parassitaria; poichè se allo stato attuale delle nostre conoscenze non si può concepire come prodotto da un parassita un tumore che ripete la struttura per esempio di una ghiandola in funzione, si possono benissimo interpretare come tali altri neoplasmi (sarcoma) i cui elementi costituitivi presentano un'analogia di struttura col tessuto giovane di granulazione, reattivo a causa parassitaria. Con questo intendimento, dunque, mi permetto di pubblicare l'osservazione presente di un caso di adeno-epitelioma cistico primitivo della cicatrice ombelicale, il quale per la sua speciale patogenesi può considerarsi un'entità neoplastica abbastanza rara nella letteratura.

Ma prima di cominciare l'esposizione dei fatti osservati, sento il dovere di ringraziare il mio illustre Maestro, prof. Tansini, degli aiuti offertimi in questa ricerca.

Anamnesi. — Inzerillo Vita, di anni 64, casalinga, da Palermo, vedova senza figli. E' accolta in Clinica chirurgica il 20 marzo 1898. Un fratello di lei dell'età di 53 anni è morto, pare, di tumore addominale. Fu mestruata a 18 anni e d'allora il tributo mensile è stato regolare fino all'età di 50 anni.

Sei mesi addietro, senza causa apprezzabile, cominciò a sentire senso di tensione e dippoi dolori lancinanti nella regione ombelicale con diffusione nei dintorni e maggiormente verso il quadrante superiore di destra; di lì a qualche mese si avvide che la cicatrice ombelicale era alquanto tumefatta e sollevata sul livello delle pareti addominali e che nel centro di essa sorgeva un noduletto della grossezza di una nocciuola, a superficie liscia, di colorito rosso-bruno, poco dolente alla pressione. Questo noduletto crebbe dapprima lentamente, in seguito spontaneamente si ulcerò nel punto più sporgente, residuandone lo scolo di una secrezione sierosa commista a poco sangue, che in parte restava coagulato sulla superficie ulcerata sotto

forma di crosta. Da due mesi a questa parte l'accrescimento è stato molto rapido, con tendenza alle emorragie frequenti a nappo e con esacerbazione di dolori tanto spontanei che provocati.

Durante il periodo della malattia non ha mai accusato disturbi funzionali e particolarmente dal lato delle vie digerenti.

Esame clinico. — Donna grassa, robusta ed in ottime condizioni generali. Tranne un prolasso di terzo grado riducibile dell'utero, nulla altro di notevole si riscontra all'esame metodico dei principali sistemi organici.

La cicatrice ombelicale è occupata da una tumefazione della forma e volume di un manderino (Fig. I.), con larga base d'impianto, la superficie uniformemente liscia ha un colorito rosso-livido, coperta al centro da una crosta giallastra di cattivo odore e della larghezza di una moneta di dieci centesimi circa. Rimossa collo spillo un pezzo di essa si mette allo scoperto il fondo di un'ulcerazione di colorito rosso-vinoso, cosparsa di tante piccole sporgenze papillari che vanno per dimensioni fino alla capocchia di uno spillo; dalla superficie geme un pò di sangue, i margini della ulcerazione sono qua e là macerati, irregolari, pianeggianti. Verso la periferia, la tumefazione è ricoperta da pelle, che si presenta in alcuni punti finamente raggrinzata da prendere lo aspetto di una buccia di melarancia. La tumefazione segue distintamente i movimenti della parete addominale, i quali sono bene conservati.

La temperatura della tumefazione è invariata, la pelle è aderente, la forma ed il volume, la superficie presentano gli stessi caratteri rilevati alla ispezione, la consistenza è marcatamente duro-fibrosa in tutti i punti, i limiti sono indeterminati perdendosi essi gradatamente nei tessuti circonvicini. La tumefazione è fissa ed irriducibile, essa è spostabile lateralmente in massa con le pareti addominali della zona ombelicale, è invece immobile nel senso verticale. Il più piccolo toccamento dà sangue.

Nulla di notevole nei gangli linfatici superficiali (ascellari ed inguinali), impossibile l'esame dei gangli linfatici profondi (retroperitoneali) per lo sviluppo e la tensione delle pareti addominali.

La dolorabilità si esacerba alla palpazione.

Le funzioni gastro-intestinali si compiono fisiologicamente. Nulla di particolare si rileva all'esame chimico e microscopico delle urine e delle fecce.

Il prof. Tansini formola la diagnosi di cancro dell'ombelico, e il giorno 28 marzo, sotto la narcosi cloroformica, procede alla estirpazione del neoplasma mediante laparotomia: due incisioni semi-elittiche laterali, che si riuniscono in alto ed in basso per le loro estremità, circoscrivono la base d'impianto del tumore insieme ad un largo tratto di parete addominale e di peritoneo parietale (omfalectomia). A cavità peritoneale aperta si potè agevolmente constatare l'assoluta integrità delle sierose e degli organi contenutivi. Sutura a strati. Andamento post-operativo regolare. Guarigione per prima; l'operata venne dimessa dalla Clinica 12 giorni dopo l'operazione.

Reperto anatomico. — Il neoplasma estirpato ha esteriormente la configurazione e le proprietà fisiche già attribuitegli all'esame speciale. La superficie posteriore o peritoneale è piana (Fig. II), solo nel centro presenta una piccola depressione, che corrisponde all'anello ombelicale, imbutiforme, poco profonda, con fondo liscio, margini arrotondati, solcati da tante depressioni lineari che vi convergono da ogni lato. Questa superficie, come del pari il fondo della depressione, è tappezzata dalla sierosa peritoneale, di colorito bianco-grigio lucente, poco ispessita, scorrevole sul tessuto retrostante, tranne verso la depressione ove aderisce intimamente, come di norma si riscontra.

Conducendo una sezione lungo il diametro longitudinale si è colpiti dal contrasto del differente aspetto e struttura del tessuto neoplastico compatto fibroso, di colorito carnoso dal tessuto circostante giallastro, molliccio, costituito da connettivo cellulo-adiposo e nel quale il tumore manda propagini, alcune delle quali, più distinguibili verso la base del tumore, rappresentano veri cordoni fibrosi, i cui elementi si dissociano e si divaricano man mano che si avvicinano al peritoneo, dirigendosi in alto ed in basso (vestigia degli elementi del cordone?). La pelle ai lati aderisce al tumore. Superiormente al di sotto della crosta esiste una zona sottile di tessuto molle, macerato, lardaceo (area ulcerata), nella quale sporgono numerosissime papille molto allungate e tagliate nell'asse; inferiormente il limite del tessuto neoplastico è più demarcato ed arriva sin quasi a ridosso della pagina peritoneale della quale se ne può seguire il decorso e la indipendenza tranne verso l'infundibolo, dove fa apparentemente corpo col tumore.

Ad un'osservazione più minuta sulla superficie di sezione del tumore si vedono tante piccole punteggiature, di colore grigiastro, da ognuna delle quali sotto modica pressione si determina la fuoruscita di una sostanza solida in forma di zaffo o di turacciolo tal quale è dato riscontrare non raramente nel carcinoma cutaneo. Vi si scorgono altresì disseminate numerose piccole cavità, di cui le maggiori non oltrepassano la capocchia di uno spillo.

Esame istologico. — Frammenti tolti da diversi punti del pezzo patologico appena dopo estirpato furono posti, per la fissazione degli elementi, alcuni nel liquido di Müller, altri in alcool assoluto. Le sezioni praticate al microtomo furono trattate coi diversi e più comuni metodi di colorazione (ematossilina ed

eosina, soluzioni di carminio) e chiusi nel balsamo del Canadà.

Riassumo a larghi tratti le note principali che l'osservazione istologica pone in rilievo.

A prima vista l'esame microscopico rileva che il tessuto ghiandolare ha una prevalenza assoluta e conferisce al tumore il suo aspetto caratteristico di un adenoma diffuso (Fig. III), che partendo dalle parti profonde, a ridosso del peritoneo parietale, si avvicina allo strato reticolato del derma, spingendosi irregolarmente fino allo strato papillare. Questo tessuto adenoideo è costituito da tubi ghiandolari semplici di varia forma e dimensioni. con lume più o meno ampio, alle volte immensamente dilatato da assumere l'apparenza di ectasie, di vere cisti; questi tubi risultano costituiti di una membranella propria anista, limitante, rivestita internamente da un solo rango di alto epitelio cilindrico, il cui protoplasma è dato prevalentemente da una massa omogenea, trasparente, quasi mucosa, con un nucleo ricacciato verso la base d'impianto cellulare, grosso, irregolarmente tondeggiante, ben tingibile, con un reticolo nucleare evidente, con uno o due nucleoli e presenta varie fasi di cariocinesi; gli elementi neoformati riproducono esattamente quelli dai quali provengono.

Esaminando i preparati con maggiore attenzione, si scorge facilmente che varia è la natura ed il grado delle alterazioni.

Anzitutto dall'interno di molti tubi ghiandolari sorge un'attiva proliferazione rigenerativa dell'unico strato epiteliale di rivestimento, per virtù della quale avviene non solo nuovo e lussureggiante rivestimento, ma anche una neoformazione di tessuto ghiandolare tipico. Infatti le cellule epiteliali neoformate man mano si addossano concentricamente le une alle altre, occupando e ricolmando tutto il lume canalicolare, le cui pareti vengono allargate, sfiancate dalla pressione interna, ed allora la membranella basamentale assottigliandosi sempre più dapprima resiste e manda qua e là brevi rientranze, insenature nel tessuto interstiziale, poi finalmente cede in alcuni punti e viene interrotta nella sua continuità. Da queste interruzioni della membranella anista si vedono talora fuorusciti elementi epiteliali, che a guisa di bottoni o di gemme fanno ernia nello stroma connettivale circostante, dove svolgendosi e allungandosi tornano a rivestirsi di una cuticola propria limitante, e contemporaneamente si scava in mezzo a questi elementi epiteliali un lume centrale. In tal maniera si originano nuovi tubi ghiandolari, perfettamente identici al tipo ghiandolare da dove provengono.

In mezzo a queste zone di iperplasia ghiandolare, si vedono altre zone dove predomina la fase degenerativa cistica: sono tubi ghiandolari convertiti, trasformati in cavità di grandezza variabile, che possono arrivare fino a forti dimensioni. Di questa alterazione si può seguire ogni periodo di evoluzione: in numerosi tubi gli epitelii non proliferati di numero, sono rigonfi, più voluminosi ed hanno nell'interno, specialmente verso l'estremo libero, tanti vacuoli di aspetto vescicoloso a contenuto limpido, trasparente; in ultimo queste cellule scoppiano e si dissolvono, dando libera uscita ad un prodotto che può ritenersi dovuto a degenerazione cellulare, il quale si raccoglie in mezzo al lume ghiandolare, mescolandosi a residui cellulari e formando una massa indistinta che reagisce fortemente ai mezzi di colorazione. Forse per una impedita fuoruscita del contenuto determinata o da mancanza di dotti escretori, com'è presumibile nel caso presente, o da ostacoli che si oppongono al suo passaggio (irregolare direzione e insufficienza di lume di questi dotti), forse per una continuata ipersecrezione di esso da parte degli epitelii, si svolge lentamente un'azione meccanica, che ha per effetto la dilatazione dei tubi, la loro trasformazione in cavità cistiche. Per successivo accumulo del contenuto e conseguente sopradistensione l'epitelio di rivestimento risospinto e schiacciato verso la periferia, man mano si modifica nell'altezza e si traforma in uno strato di cellule a bassi cilindri. In cisti più grandi, dove l'effetto della esagerata pressione è durato più a lungo, alle modificazioni morfologiche accennate, succedono quelle dipendenti dall'alterata nutrizione e funzionalità cellulare, come lo dimostrano le varie fasi di cromatolisi nucleare riscontráte, che accennano alle tristi condizioni di vitalità cellulare; e allora si osservano qua e là tratti di pareti tubulari, spogli del loro epitelio di rivestimento, che colpito dal processo di atrofia e di metamorfosi granulo-grassosa cade avvizzito, povero o del tutto privo di nucleo. in mezzo al contenuto cistico col quale si trasforma in una sostanza amorfa. In altre cisti invece, nelle quali può effettuarsi

per una causa qualunque lo svuotamento parziale o totale del contenuto, l'epitelio di rivestimento ritorna ad acquistare le condizioni e l'aspetto che presentava nel suo stato di vacuità, o per rigenerazione del protoplasma e sollevamento del nucleo, come succede in molti sistemi ghiandolari, o per diretta sostituzione, giacchè al disfacimento cellulare tien dietro proliferazione e rigenerazione attiva da parte di elementi vicini rimasti inalterati, come lo dimostra la presenza in questi di nuclei in mitosi.

(*continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA CHIRURGICA DI WÜRZBURG
prof. A. Hoffa

La cura moderna della spondilite

La spondilite è, come è noto, un'affezione tubercolare della colonna vertebrale, che ha nel massimo numero dei casi la sua sede nei corpi vertebrali, rarissimamente negli archi vertebrali. Il decorso dell'affezione d'ordinario è il seguente: nell'interno del corpo vertebrale si sviluppa un piccolo focolaio tubercolare, che, con la formazione d'un sequestro più o meno grande, si estende sempre più verso la superficie anteriore del corpo vertebrale, rammollendo l'osso tutto all'intorno. L'affezione attacca poi i dischi intervertebrali e si manifesta un incurvamento della colonna vertebrale, che ha luogo sempre in avanti perchè vien distrutta sempre la metà anteriore del corpo vertebrale. Se anche le parti laterali di questo sono rammollite, oltre alla gobba si produce anche una scoliosi.

Per la cura è molto importante conoscere che l'incurvamento primitivo raramente rimane isolato: quasi sempre, almeno nei bambini, tutta la colonna vertebrale secondariamente partecipa alla deformità.

La colonna vertebrale normale possiede un notevole grado di elasticità dovuta alla interposizione dei dischi cartilaginei fra i corpi vertebrali. Grazie a questa elasticità l'infermo con spondilite incipiente risparmia la parte della colonna vertebrale ammalata e dolente, incurvando volontariamente in senso opposto la parte sana, ossia mediante una lordosi. Da ciò dipende la nota posizione rigida e penosa che assumono gli infermi di spondilite in principio della malattia, i quali così vengono a mascherare più o meno completamente la gobba. Ciò può succedere negli adulti. I bambini non hanno la forza di volontà necessaria per tener ritta la colonna vertebrale incurvatasi od in via di incurvamento tanto più che nel corso del tempo stando a lungo a letto, si produce una rilevante atrofia dei muscoli del dorso. Anche nei bambini si osserva poi una lordosi della colonna vertebrale quando vogliono mantenersi in piedi, ma questa lordosi non è estesa a tutta la colonna vertebrale come nella spondilite iniziale degli adulti, ma solo alla porzione sopra e sottostante alla gobba, ed ha lo scopo semplicemente di mantenere l'equilibrio nella posizione eretta del corpo il quale per la cifosi tende a cadere in avanti.

La dimostrazione dell'incurvamento è molto facile; basta distendere l'infermo sull'addome con un cuscino sotto la parte superiore dello sterno ed un altro sotto il bacino: allora la colonna vertebrale per la sua stessa gravità si dispone in forte lordosi, e sparisce quella parte dell'incurvamento che è data secondariamente dalla posizione cifotica delle vertebre sane, e rimane solo quel grado di cifosi dovuta realmente alle vertebre distrutte.

La modificazione di forma della gobba nella posizione prona ha naturalmente i suoi limiti. Quanto più antica è la gobba, tanto meglio tutte le parti molli si adattano alla posizione patologica: l'apparecchio legamentoso della superficie anteriore delle vertebre si raggrinza ed avviene infine una solida fissazione della cifosi, non modificabile neppure nella narcosi.

Poichè nella spondilite si tratta di una tubercolosi localizzata la cura deve essere in primo luogo generale, antitubercolare, medico-dietetica. Abitazione asciutta, alimentazione corroborante, aria buona. olio di fegato di merluzzo. Si può dare pure il creosoto, e giovano molto le frizioni di sapone verde di Stuttgard secondo il metodo di Kapesser-Kollmann: esse si praticano 3 volte la settimana con 30 grammi di sapone, stando l'infermo in posizione prona, dalla nuca fino al cavo popliteo; come se si trattasse di una frizione mercuriale. Ogni frizione dura 15-20 minuti, ed il sapone si lascia in sito per altri 20 minuti, poi la cute viene bene lavata ed asciuttata.

Per quanto però queste cure possono avviare il processo di guarigione della malattia e migliorare lo stato generale, esse non hanno alcun effetto momentaneo apprezzabile, in quanto che i dolori persistono. Un miglioramento rapido nello stato dell'infermo si può ottenere praticando nello stesso tempo un'opportuna cura meccanica. Il primo compito di questa deve esser quello di lenire i dolori, il secondo quello di procurare la guarigione del processo locale e limitare al minimo possibile le proporzioni della gobba, che del resto non può in alcun modo essere completamente rimossa.

Per ottenere questi effetti bisogna, imitando i mezzi di cui l'ammalato si serve istintivamente, risparmiare la porzione ammalata di colonna vertebrale producendo una forte lordosi di tutta la colonna stessa. É impossibile intanto ottenere che venga risparmiata e fissata in completa lordosi la

colonna vertebrale con un apparecchio portatile, e quindi è necessario tenere gli ammalati a letto fino a che non sieno cessati i dolori e non si sia iniziato il processo di consolidazione della colonna vertebrale. Allora si può passare alla cura ambulatoria.

Quali sono i mezzi per immobilizzare la parte ammalata della colonna vertebrale? Che la semplice posizione supina sa di un materasso non basti, si è visto ben presto. Sarebbe opportuna la posizione sul ventre, ma in pratica ciò offre molta difficoltà. I mezzi più opportuni sono la combinazione del decubito supino con la estensione delle parti superiori della colonna vertebrale e la combinazione dello stesso decubito con la reclinazione del tronco per le parti medie ed inferiori della colonna stessa.

La combinazione del decubito supino con la estensione è un metodo molto adoperato specialmente per la spondilite cervicale. Il paziente vien disteso in senso orizzontale su di un materasso duro. Alla testa viene adattata un ansa di Glisson, a cui si attaccano dei pesi (fino a 10 libbre) che servono per la estensione. Per ottenere un'estensione maggiore si può mettere sotto la nuca un cilindro bene imbottito, non molto spesso. La contro-estensione vien fatta tenendo elevata l'estremità cefalica del letto, in modo che si forma un piano obliquo ed il peso stesso del corpo agisce da contro-estensione. Questo metodo permette difficilmente il trasporto degli infermi. Perciò è stata un grande progresso nella tecnica la costruzione delle « corazze di legno » diffuse in Germania col nome di letto ritto (*Stechbett*). In questo letto l'infermo può essere portato alla finestra, in giardino ecc., le sue mani restano libere. Il letto viene rifatto ogni 6-8 giorni ed in questa occasione vien praticata la pulizia dell'infermo, mentre si avrà cura di muovere ogni giorno passivamente le sue gambe. Per i piccoli bambini il letto di Nönchen può essere sostituito dal telaio di Bradford.

Per la spondilite delle parti più basse della colonna vertebrale devesi necessariamente impiegare l'altro metodo di cura; ossia l'associazione del decubito supino con la posizione di reclinazione del tronco, introdotta dal Ranchfuss col suo apparecchio di sospensione, modificato poi dal Maas col suo cuscino cilindrico posto al di sotto della colonna vertebrale. Un notevole progresso di fronte a tutti questi metodi si ottenne col letto di gesso a reclinazione dal Lorenz che è stato a sua volta perfezionato da Samter e Redard e poi da Calot, Matthieu, Heusner, Jonnesco ecc.. Il migliore od il più semplice di tutti questi apparecchi secondo Hoffa, è il tavolo di Schede che egli adopera e raccomanda vivamente. Con esso si può graduare a volontà il grado di reclinazione e fissarvi comodamente l'infermo.

Quando si tratta di spondilite cervicale, non può adoperarsi la posizione di reclinazione. Allora il Lorenz adopera il letto di gesso ad estensione.

Nuovi progressi si sono ultimamente fatti col metodo di Calot, ossia con la cosidetta « fasciatura da mummia », la quale attua la migliore fissazione nella posizione di reclinazione.

Appena si manifestano i primi segni della consolidazione della colonna vertebrale, vien sostituita la posizione verticale alla orizzontale e si applica un busto di gesso alla Sayre od un busto di cellulosa, celloide, legno ecc., ovvero il busto di Hessing. Questi busti debbono essere portati per anni, e durante questo tempo deve aversi somma cura della cute mediante i bagni, e dei muscoli del tronco mediante il massaggio e la ginnastica, in modo che alla fine l'infermo possa essere così forte da reggersi senza alcun apparecchio.

Molta importanza ha per la prognosi del singolo caso il tempo in cui si comincia la cura: quanto più presto questa si inizia, tanto più rapidamente e meglio ha luogo la guarigione.

Ma perchè si possa curare a tempo opportuno la spondilite, è necessario che si sappia diagnosticarla al suo primo inizio, il che non é tanto facile.

I sintomi iniziali in principio sono i dolori e la speciale contrattura del tronco. I dolori all'inizio della malattia non vengono localizzati alla colonna vertebrale, ma sono dolori a cintura che si irraggiano agli arti inferiori. I piccoli bambini esprimono il dolore con l'impressione sofferente del volto, con la ripugnanza per l'alimentazione, col lamentarsi ad ogni movimento. I bambini più grandi si lagnano di dolore di ventre o di dolori al petto, alle membra.

I dolori si irraggiano anche alla punta del pene ed alla vescica. Essi sono spesso lancinanti come nella tabe. Se si osserva in questo tempo il tronco dell'infermo, si ha una posizione speciale dovuta a contrattura, la quale ha lo scopo di fissare la colonna vertebrale ed impedire che si muovesse. Il capo, nella spondilite cervicale, è piegato in avanti o lateralmente, in modo da aversi il torcicollo, ed in tutti i suoi movimenti esso viene sorretto dalle mani.

Per la lesione che ha sede più in giù, tutto il corpo é spesso deviato di lato, in modo da aversi una scoliosi. Se la lesione ha sede nella colonna lombare, il tronco è spinto indietro.

Nella sua posizione speciale la colonna vertebrale vien mantenuta rigida, e perciò stesso il cammino ha qualcosa di rigido e di coatto, perchè vengono evitati tutti i movimenti che possono provocare dolore. Se si invita l'infermo a muovere la colonna vertebrale, egli muove soltanto le parti sane della medesima, e si vede che le epifisi spinose delle vertebre ammalate restano completamente fissate l'una contro l'altra. Ciò si vede spesso alla semplice ispezione,

ma si apprezza meglio alla palpazione. Questo sintomo é molto importante, perchè esiste già quando ancora non c'é alcun segno di incurvamento. La constatazione della contrattura del tronco è allora sufficiente a fare la diagnosi. Nello stesso tempo si troverà che il punto colpito della colonna vertebrale è dolente alla palpazione.

Come dobbiamo comportarci nella cura della spondilite, quando esistono ascessi e paralisi? La cura degli ascessi spondilitici ha fatto negli ultimi anni grandi progressi, in modo che noi possiamo energicamente intervenire. Billroth e Mikulicz furono i primi a proporre l'iniezione di glicerina jodoformica e nello stesso tempo Verneuil propose l'uso dell'etere al jodoformio. Poi Bruns e Krause modificarono la tecnica nel seguente modo: si aspira dapprima il pus e poi si inietta 30-100 gr. di un miscuglio di 10 gr. di jodoformio, 100 di glicerina e 100 di olio di uliva. Le iniezioni si ripetono 3-4 volte nel corso di 4-8 settimane e la guarigione ha luogo dopo 3-4 mesi. In luogo del jodoformio si è proposta la naftol-canfora, che però, secondo Courtin, produce facilmente intossicazione.

Quando il processo primitivo che ha dato luogo all'ascesso è già spento, allora si può ottenere una più rapida guarigione mercè l'incisione. Si debbono perciò incidere tutti gli ascessi che esistono lungo tempo dopo la guarigione della lesione vertebrale e non hanno tendenza all' assorbimento, dippiù quelli che hanno tendenza ad aprirsi al di fuori, producono sintomi minacciosi e febbre.

Le paralisi sono prodotte per lo più da peripachimeningite, rara è una vera pachimeningite tubercolare, ed ancor più rara la mielite tubercolare Nella peripachimeningite le granulazioni o l'ascesso epidurale comprimono il midollo spinale, donde anemia ed edema del midollo e rammollimento diffuso. Non si tratta perciò di mielite da compressione, come prima si riteneva. La compressione da parte delle granulazioni viene evitata mercè la fissazione in posizione di reclinazione o mercè l'estensione permanente. Se con ciò non si riesce, si ricorra al raddrizzamento brusco della colonna vertebrale col metodo di Calot.

Infine merita di essere cennato l'intervento operativo diretto nella tubercolosi vertebrale, ossia la resezione degli archi vertebrali, allo scopo di allontanare le masse di granulazioni ed estirpare il tessuto ispessito che comprime il midollo. Queste operazioni sono state eseguite da Jakson, Mac Ewen, Trendelenburg, Chipault, S. Lloyd, con poco successo (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 31, 34, 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall' 8 al 12 agosto 1899

V.

Treub. **Sulla cura chirurgica dei fibromi.** —Dice che egli quando trovasi in presenza di fibromi di volume medio, di consistenza molle, che non dànno luogo ad emorragie, comincia generalmente a far le iniezioni d'ergotina ovvero ad applicare l'elettricità.

Gilles é convinto che la presenza stessa di un mioma rappresenti l'indicazione di una operazione e non ha alcuna fiducia nei trattamenti palliativi. La miomectomia val meglio dell'isterectomia totale.

Iacoby è d' accordo con Giles, e interviene chirurgicamente in tutti i casi tranne che quando i noduli fibrosi sono di piccolo volume, senza evoluzione.

Jonnesco ritiene che i mezzi radicali sieno i migliori epperò (tranne che nei casi di piccoli fibromi) è fautore della isterectomia totale addominale.

La Torre ha sempre sostenuto il trattamento conservatore dei fibromi uterini e constata con piacere che la maggior parte dei chirurgi, non credono di intervenire chirurgicamente in ogni caso.

Galvani preferisce l' isterectomia vaginale alla addominale perché per questa via il trauma è maggiore. Consiglia di non molestare i fibromi che non danno luogo ad alcun sintoma spiacevole.

Tournay relativamente al modo di procedere alla isterectomia pensa che è meglio cominciare con isolare la vagina della via vaginale, e poi procedere alla laparotomia. Così si opera più facilmente.

Delagenière. **Accorciamento dei legamenti larghi e dei legamenti rotondi nella retroversione uterina.** — Lo accorciamento dei legamenti larghi o dei legamenti rotondi non vale soltanto per la cura della retroversione. In certi casi è una operazione complementare di altre come la salpingo-ooforectomia, o la colpo-perineorrafia. Quando la retroversione è riducibile l' operazione seguirà la via extraperitoneale, ma quando non lo è, seguirà l' intraperitoneale. La tecnica operatoria non offre nulla di particolare. Per l'accorciamento dei legamenti larghi l'oratore raccomanda il processo di Ruggi, per i legamenti rotondi quello di Kocher, modificato da Alexander. Finalmente per la perineorrafia impiega il processo di Lawsontait.

Reed preferisce alle operazioni extraperitoneali quella intraperitoneale, poichè permette meglio di rendersi conto delle complicazioni.

Reynier. **Isterectomia addominale per cancro uterino.** — L'isterectomia addominale è una buona o-

perazione specie quando il cancro é ancora limitato. Esso è superiore in questi casi alla isterectomia vaginale, poichè un cancro limitato può accompagnarsi ad uno o a due ganglii la cui asportazione può scongiurare la recidiva. Prima di operare la paziente e dopo per evitare la depressione operatoria sono da raccomandarsi le iniezioni sottocutanee di siero e nei casi gravi si preferisce la via delle vene.

Reynier pratica l' ist erectomia addominale in due tempi: prima isola col termo-cauterio la vagina dall'utero, (s'intende dalla via vaginale) e poi passa alla laparotomia.

Doyen non crede di dare assolutamente l'ostracismo alla isterectomia vaginale, nei casi di cancro, poi egli ha asportato per questa via dei cancri veri senza avere, dopo otto, dieci anni, recidiva alcuna.

Pestalozza é d'avviso di operare soltanto i casi in cui il cancro è al suo inizio e per conseguenza è poco esteso, ed allora preferisce di fare sempre l'isterectomia addominale.

Jauvrin ha praticato l'isterectomia addominale per cancro, ma ha avuto risultati così cattivi, che ora ritorna ad operare per la via vaginale.

Jacobs considera la via addominale, come la sola via d'accesso per l'operazione radicale, se si vuole tentare la cura radicale del cancro uterino. L'indicazione operatoria fondata sulla mobilità dell'utero, non ha gran valore, poichè sovente il cancro si accompagna a salpingiti cistiche immobilizzano il corpo uterino ; per cui l'immobilità dell'utero può esser dovuta, in effetti a semplici aderenze infiammatorie.

Jouin si occupa del trattamento palliativo del cancro uterino, in appoggio del quale invoca l'opinione di Péan che considera come superiore alla isterectomia l'ablazione del cancro col termocauterio di platino riscaldato al bianco. Jouin procede in questo modo: Dopo di avere abbassato ed isolato le parti ammalate, passa al raschiamento delle fungosità cancerigne e poi cauterizza col termo-cauterio le facce cruentate così ottenute. Finalmente, dopo di avere ben bene isolato queste parti cruentate, e di avere applicato un buon strato di vaselina sulle pareti vaginali, le impregna di alcool a 90° e vi dà fuoco. La fiamma si mantiene da mezzo minuto ad un minuto e mezzo. Non resta più che a fare la medicatura. Su 10 casi non ha avuto alcun accidente ed ha ottenuto risultati clinici apprezzabilissimi.

Jonnesco dice che da tempo ha abbandonato la cura radicale dei cancri uterini che hanno già una certa estensione, e invece ha ricorso a delle operazioni meno pretenziose, ma più razionali, le operazioni cioè palliative, come sarebbe a dire la legatura dei vasi utero-ovarici, delle arterie uterine ed ipogastriche. Questi interventi gli hanno sempre dato eccellenti risultati che sono durati dei mesi, e che permettono alle inferme di riprendere la loro vita abituale durante un tempo così lungo che l'operazione radicale. Pertanto nella maggior parte dei casi, tali operazioni palliative sono preferibili alla isterectomia, che dà risultati insufficienti. Del resto l'asportazione di tutti i gangli e dei vasi linfatici contenenti i germi cancerigni è impossibile, poichè essi non sono sempre visibili.

LA CRIRURGIA IN PROVINCIA

FERITA PENETRANTE DELL' ADDOME CON LESIONE DOPPIA DELLA VESCICA E RECISIONE DELL' URETERE DESTRO.

Dott. Angelo Lisanti da Ferrandina

Dopo gl' immensi progressi della chirurgia addominale in genere e dell'apparato urinario in ispecie, dopo le più ardite operazioni di eminenti chirurgi italiani ed esteri crederei forse superflua la pubblicazione del seguente caso clinico, se non fosse per la speranza di potere apportare il mio modesto contributo al trattamento delle ferite degli organi addominali.

Per le solite quistioni di giuoco un giovane di venticinque anni é ferito in una bettola, per cui richiedesi d' urgenza il mio intervento. Riscontro sulla regione antero-laterale sinistra dell' addome e propriamente in direzione del prolungamento della linea parasternale, un paio di centimetri al di sopra del pube, una ferita da punta e taglio, diretta trasversalmente, da sinistra a destra, d'avanti indietro e da sopra in sotto. Mi si riferisce che il ferito, poco prima, ha emesso dall'uretra una certa quantità d'orina mista a sangue e che altra quantità dello stesso liquido era scorsa dall'orificio cutaneo della lesione. Per essere maggiormente sicuro di ciò, guardandomi dall' introdurre specilli nella ferita, pratico il cateterismo e riesco a fare uscire dell'uretra altra urina mista a sangue, sebbene in quantità poco apprezzabile. La sede della lesione, lo stato generale dell'infermo e più di tutto l' uscita di urina dalle labbra della ferita non lasciano alcun dubbio sulla diagnosi e quindi mi decido ad intervenire con un pronto atto operativo.

Previa cloronarcosi pratico una incisione mediana dalla cicatrice ombelicale al pube: nella esplorarazione degli organi interni, avendo per guida la direzione della lesione esterna, noto una doppia ferita della vescica, la prima a sinistra ed in avanti, diretta orizzontalmente, lunga circa 3 centimetri, la seconda a destra ed indietro, alquanto più in basso, degli stessi caratteri della precedente, ma molto più piccola: l'uretere di questo lato è reciso quasi totalmente, essendo i due monconi appena riuniti tra loro da un esilissimo lembo, costituito

da poche fibre della tonaca esterna. L' ultima lesione mi dà da pensare più che quella doppia della vescica: volevo suturare l'uretere o innestarlo nella vescica alquanto più in sopra, mediante un bottoncino del Boari, se lo avessi avuto pronto, ma procedo ad un atto operativo diverso. Dalla ferita vescicale di sinistra, mantenuta divaricata introduco un catetere elastico, che faccio penetrare nello sbocco dell'uretere reciso: uscito dall' estremità del moncone inferiore lo introduco per un buon tratto nel superiore; dopo di averli riavvicinati tra loro, addosso per un centimetro il primo sul secondo e li fisso con piccolissimi punti di catgut. Ritiro in seguito il catetere e procedo alla sutura delle lesioni della vescica, previa esatta disinfezione della sua cavità, mediante irrigazione di acqua sterilizzata, seguita da quella di sublimato corrosivo all'uno per cinquemila.

Quanto alla sutura vescicale, fra i diversi metodi consigliati, ricorro a quella doppia, facendo, cioè, la prima marginale, a punti staccati e riavvicinati tra loro, la seconda alla Lembert, cinque millimetri infuori della prima, che è ricoverta del tutto e spinta nella cavità della vescica.

Dopo un secondo accurato nettamento della cavità addominale con batuffoli di garza sterilizzata e lavata con acqua parimenti sterilizzata e cloruro di sodio al 7 0|00, la ferita laparotomica viene suturata a piani staccati.

Per drenaggio della vescica applico un catetere Nèlaton a permanenza, fissato all' asta con un punto di sutura, per mezzo del quale procedesi ai lavaggi ogni mattina. Nei primi giorni dall'operazione si ha un leggiero aumento della temperatura (38° in media); al quinto giorno si toglie il catetere, ma non ottenendosi l' urinazione spontanea, ricorro al cateterismo ogni 4-5 ore. Al decimo giorno l' emissione dell' urina è spontanea ed al quindicesimo l'infermo è dichiarato completamente guarito.

Il metodo di anastomosi dell'uretere adottato, che in verità richiede molta pazienza e che è attuabile solo quando non si ha fretta di espletare l'operazione per l' emorragia poco rilevante, ricorda in fondo quello della sutura per invaginazione dello intestino alla Lembert. L'inconveniente attribuito a questo metodo, di formare, cioè, quella specie di cresta circolare, che diminuisce alquanto il calibro dell'intestino, con più ragione lo si vorrà applicare alla sutura dell' uretere, che è di un calibro relativamente piccolissimo. Il caso clinico, di cui l'esito non poteva essere migliore, dimostra invece il contrario. E poi le pareti degli ureteri sono sottili e dilatabili: tutto al più, come postumo, potrebbe verificarsi una dilatazione al disopra dell'ostacolo, che a nulla pregiudicherebbe, tenuto conto che dei rigonfiamenti fusiformi lungo il tragitto degli ureteri se ne riscontrano anche allo stato fisiologico.

FORMULARIO

La cura della tubercolosi coll'etolo

Acido cinnamico polv.	gr.	5
Olio di mandorle dolci	»	10
Cloruro di sodio in soluzione al 0,75 0|0	q. b.	
Giallo d'uovo	n.	1

fa emulsione di gr. 100.

Per iniezioni endovenose alla piega del gomito o nella safena quando passa sul malleolo interno.

Ogni giorno 1 grammo di soluzione.

Siefert. — **Contro il sudore dei tubercolotici**

Agaricina.		gr.	0,50
Polvere del Dower.		»	7,50
Polvere di malva	ana	»	4
Mucillaggine di gomma			

fa pillole 100. 1-2 pillole la sera.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste

Madrid 26.—Il *Giornale ufficiale di Lisbona* pubblica le penalità alle quali sono soggetti i giornali che diffondono informazioni false a proposito della peste.

Il dottor Jorge ha suggerito alle Autorità l'adozione di nuove e restringenti misure sanitarie.

Il prefetto di Oporto ha chiuso le scuole.

Il dottor Heppenez, che si reca ad Oporto dietro invito della principessa Eugenia d' Oldenburg, presidente della Società russa per combattere la peste, porterà con sè 2000 fiale del siero contro la peste. Il Governo russo ha offerto il suo aiuto nella preparazione del siero.

Roma 26. — Un comunicato del consolato portoghese sulla peste reca:

« La peste è limitata a Oporto, dove si ebbero il 22 agosto tre casi con due decessi. Questi erano infermi da giorni, ma si nascosero all' autorità finchè fu possibile di farlo; un solo caso con morte, 22 casi benigni ed un caso al Nord della città di un individuo venuto da Oporto.

Nessun nuovo focolare di peste si é manifestato nel rimanente del Portogallo.

Ieri tutti i Prefetti portoghesi, salvo quello di Oporto, dichiararono le loro provincie in istato di salute soddisfacente.

Molte misure sanitarie sono prese seriamente in tutto il Portogallo, oltre le misure date per isolare Oporto.

Le ferrovie furono momentaneamente interrotte sino alla creazione del cordone militare da terra al mare ».

Oporto 27.—Un caso di peste fu segnalato nella prigione. Il malato fu condotto all'ospedale ed isolato. La prigione fu disinfettata.

Si ha da Madrid 27:

Un soldato che faceva parte del cordone sanitario presso Candelas (Pontevedra venne ucciso da un colpo di fucile sparato dal territorio portoghese.

Venne aperta un'inchiesta.

Roma 27.—L'on. Bertolini ha diretto ai prefetti una circolare telegrafica nella quale, constatato come alle provenienze marittime dal Portogallo non venne imposto un periodo di osservazioni come per le provenienze dell' Egitto, prosegue dicendo che le ragioni delle diversità di trattamento si trovano nella convenzione internazionale di Venezia, la quale precisa le misure da prendersi per la via di mare contro la peste.

Fra queste non è compreso un periodo di osservazione per le navi provenienti dai porti europei. Lo speciale trattamento é giustificato dalle garanzie che gli Stati europei danno alle altre nazioni in causa del loro sviluppo di organizzazione sanitaria, che consente di adottare negli scali infetti speciali misure di profilassi.

Roma 27. — Il dottor Gosio pria di partire per Oporto si è recato stamane a Civitavecchia, per prendere istruzioni dall'on. Baccelli, che trovasi ancora colà.

Madrid 28. — Si ha da Oporto che la maggioranza della popolazione fugge, temendo le conseguenze dell'isolamento della città.

Ieri non si constatò nessun caso di peste.

Il sanatorio di Loonsis

Lo Stato di New York ha saviamente liberato dall'usurpazione un tratto di circa un milione di jugeri nelle montagne di Adicondack. In questa regione i differenti stabilimenti e le diverse abitazioni hanno un'altezza che varia fra 1700 e 1800 piedi.

Havvi una regione tra le montagne di Adicondack, il lago Ontario e la città di New-York dove si trova una larga estensione di terreno elevato. Esso occupa la sommità dei versanti dei fiumi Hudson, Delaware e Susquehanner. La contea di Sullivan occupa questa posizione elevata. Il Dott. Loonsis scelse la città di Libertà per sito del sanatorium, che ora porta il suo nome. La città ha un' altezza da 2208 a 2400 piedi ed il sito scelto per lo stabilimento ha una bella posizione a circa 2300 piedi, protetto a nord ed a nord-ovest. Non vi sono laghi considerevoli, nè paludi, nè corsi d'acqua stagnante. Vi sono ruscelli, campagna con bei pascoli e cascine estese; la contrada è bella anzichè selvaggia e contiene una popolazione discretamente prospera. Libertà è sita a 117 miglia da New York ed è collegata alle reti ferrate dell'Ontario e dell'ovest. L'assenza di corsi d'acqua e la fognatura rapida danno all'aria una siccità che non si trova nelle regione dei laghi od alla riva del mare.

Libertà ha due stagioni; està ed inverno. Il passaggio dall' inverno all' està è rapido. L'esposizione del sanatorium a sud, sud-est e sud-ovest rende la vita all' aria possibile in tutte le stagioni. Il sanatorium ebbe la sua origine nel 1894 e nel luglio del 1896 l'istituto era aperto mercè le larghe donazioni.

I fondi di soccorso dell' istituto sono tratti dal pagamento dei pazienti, ed aiutati dalle sottoscrizioni annue degli amici dell' istituzione. Le spese dell'anno 1898 salirono a sessantamila lire sterline delle quali quarantaduemila furono pagate dai malati.

Vengono ammessi soltanto quei casi che si trovano in un periodo iniziale del morbo ed a cui una residenza di parecchi mesi nel sanatorio permette una guarigione completa, ovvero un miglioramento in modo ch' essi possano ritornare alle loro case e continuare il loro lavoro.

In esso v'ha una scuola per l'infermiere. Queste vengono educate ad un servizio intelligente ed attivo nel sanatorio e secondariamente per riuscire adatte a fare l'infermiere private in casi di tubercolosi. Nell'insegnamento viene data attenzione speciale alla dietetica, al massaggio, al bagno, all'elettricità, all'analisi dell' urina, all' antisepsi, alla ventilazione, a prevenire le piaghe da decubiti. al modo d'applicare le ventose, ai raggi X. Un corso posteriore di sei mesi (il corso regolare è di due anni) provvede all'istruzione straordinaria per l'esame degli sputi, per la microscopia, stenografia ecc. Un'alterazione particolare è rivolta agli sputi. Le tazze vengono depositate d'ordinario prima del tempo del pasto, sia dai pazienti che dall'infermiere in un *closet* centrale nel fabbricato dell'amministrazione donde vengono prese per essere bruciate; ad esse si sostituiscono delle tazze fresche, disinfettate. Havvi proibizione assoluta all'ingresso di cani o d'altri animali nel sanatorio.

Quantunque scopo di questo sia d' ammettere solo casi incipienti o discretamente progrediti, pure la regola non è così assoluta da escludere ogni caso molto progredito. I pazienti guadagnano in media due libbre di peso per settimana. Il 20 0[0 dei casi di tutte le classi licenziati sono guariti. Circa il 75 0[0 guadagnano in peso. Inalazioni di aria calda sono state molto efficaci a ridurre la tosse e l'espettorazione in $^3/_4$ dei casi.

L'ittiolo in forma pillolare è stato adoperato con risultati molto soddisfacenti, specialmente in quei casi nei quali sono anche lesi i tratti gastro-intestinale e genito-urinario. Nell'infermeria havvi una stanzetta adatta per il trattamento cosidetto pneumonico della tubercolosi, il quale promette buoni risultati. L' istituto è provvisto dei migliori apparecchi radioscopici.

GAZZETTINO

VIENNA. *Statistica.*—Dal 6 al 12 agosto 1889 agli ospedali civili di Vienna sono state ricoverate 5684 persone; 126 sono morte, 1271 sono state licenziate. Sono state denunziate in questo periodo le seguenti malattie infettive: difterite 29 casi, oftalmia egiziana 5 casi, tifo addominale 10, dissenteria 4, varicella 7, scarlattina 26, morbillo 108, pertosse 33, erisipela 20, febbre puerperale 2. In tutta Vienna nel corso della settimana suddetta sono morte 611 persone.

VIENNA. *Epidemia di tifo.* — La *N. Fr. Presse* dà notizia di una epidemia di tifo sviluppatasi in un reclusorio di donne a S. Pölten. Otto persone sono morte e le altre sono ancora sotto la cura medica. La causa di tale epidemia forse dipende dall'inquinamento dell'acqua potabile di cui si servivano.

VIENNA. *Stipendi dei medici e degli impiegati degli ospedali imperiali.*—La legge del 19 settembre 1898, colla quale erano regolati i rapporti e gli stipendi degli impiegati attivi dello stato ha trovato anche applicazione nei sanitarii degli ospedali imperiali, (direttore, primarii, prosettori, etc.), nonchè in tutti gli impiegati dei medesimi.

BUDAPEST. *Congresso internazionale per l' infanzia.* — Il giorno 13 settembre si radunerà a Budapest il Congresso internazionale per l' infanzia, sotto la presidenza di S. A. I. l'arciduca Giuseppe e sarà inaugurata altresì l'esposizione internazionale.

Il prof. Concetti, uno dei congressisti italiani, è stato destinato a riferire sull' insegnamento della pediatria nelle Università, e sulla morbidità e mortalità infantile nella città di Roma.

Il Congresso si chiuderà il giorno 18 settembre.

SVIZZERA. *Il controllo dei viveri.*—Secondo una recente deliberazione della Commissione all' uopo nominata dal Consiglio nazionale elvetico, verranno inviati negli ufficii doganali di frontiera dei medici igienisti, che procederanno all'esame delle sostanze alimentari decidendo subito sulla accettazione o il rifiuto di queste. Colla nuova disposizione la procedura sarà semplificata a vantaggio della speditezza delle operazioni doganali e della igiene.

BELGIO. *Il segreto professionale e la denunzia delle malattie infettive.* — L'accademia di medicina del Belgio ha chiuso la discussione su di una quistione propostale dal governo, se cioè, ci fosse luogo a proclamare la dichiarazione obbligatoria dei casi di malattie epidemiche e contagiose per parte del medico.

L' assemblea era divisa in due campi: Gli uni hanno difeso la libertà individuale, il segreto professionale e l'inefficacia della dichiarazione del medico; gli altri hanno combattuto per la difesa della Società contro l'individuo ed hanno ammesso che il medico debba far la dichiarazione alle autorità per tutti i casi di malattie epidemiche. La proposta della dichiarazione obbligatoria è stata adottata per 14 voti contro 5 e 5 astensioni.

BOMBAY. *Inoculazioni col siero antipestifero di Haffkine.* — La « Commissione per la peste » di Bombay, ha esposto i risultati splendidi ottenuti dal dott. Leumann, medico militare dalla inoculazione a scopo preventivo del siero antipestifero. Egli dall'11 maggio al 23 agosto 1898 inoculò 13880 persone. Circa l'85 0|0 degli inoculati rimase immune durante il tempo della epidemia.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

1. Cassa-pensioni per i medici condotti. Legge regolamento, istruzioni. Roma 1899.
2. U. Gabbi e P. Cardile. Cancro-cirrosi del fegato. Messina, D'Amico 1899.
3. D. Barduzzi. Cenno commemorativo di Lazzaro Spallanzani nel primo centennario dalla morte. Estratto dagli *Atti della R. Accademia dei fisiocritici di Siena* 1899.
4. L. Cappelletti. Dignità scientifica dell'antropologia criminale. Estratto dal *Bollettino del manicomio di Ferrara* 1899.
5. A. Mori. Avvelenamento acuto da mercurio. Estratto dalla *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* 1899.
6. R. Guaita e C. Valvassori-Peroni. Contributo allo studio dell'emoglobinuria parossistica. Estratto dal *Bollettino dell' associazione sanitaria milanese* 1899.
7. P. G. Bevilacqua. Lotta contro la tubercolosi: a proposito di un sanatorio abbruzzese. Estratto da i *3 Abbruzzi* 1899.
8. C. Galasso. Cura chirurgica e medica dell' epilessia. Estratto dal *Giornale internazionale delle scienze mediche,* 1897.
9. C. Galasso. Considerazioni a proposito di un linfoma tubercolare. Estratto dalla *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche.* 1899.
10. D. Barduzzi. Le recenti conquiste nella guarigione della tubercolosi. Siena 1899.
11. G. Ninni. Altre 26 laparotomie per ferite penetranti. Estratti dagli *Atti della R. Accademia medico-chirurgica di Napoli,* 1899.
12. A. Petrone. Il valore reale degli ematoblasti o piastrine del sangue. Estratto dal *Bollettino dell'Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania* 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Megliadino S. Fidenzio (Padova). Medico chirurgo ostetrico, Stipendio L. 3400. Scadenza 15 settembre.

Milano. Istituto politerapeutico (Corso Venezia 27). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

PARASSITOLOGIA DELLA MALARIA

I caratteri generali comuni all'ordine degli emosporidi, della classe degli sporozoi, furono stabiliti da Celli e Sanfelice. Essi consistono; 1. nella vita di questi parassiti a spese del globulo rosso; 2. nella struttura cellulare, con un nucleo provvisto di abbondante quantità di cromatina; 3. nella presenza di un ciclo nel sangue suddiviso in due fasi; l'una endo globulare che arriva sino alla moltiplicazione endogena per gimnospore o amebule senza previo incistamento; l'altra fase di vita che finisce di essere libera nel plasma. Da quest'ultima fase s'inizia il ciclo di vita sessuale nell'interno di un dittero o di un acaride; 4. nella inoculabilità tutt'al più possibile da animale ad animale della stessa specie e varietà. Fra i caratteri differenziali Celli e Sanfelice notarono la riduzione o no dell'emoglobina in melanina, lo stadio più o meno chiaro e duraturo del movimento ameboide, la durata del ciclo di vita nel sangue.

Or come si compie il ciclo di vita nell'ospite definitivo?

Nei batraci e nei rettili si possono seguire tutti i principali passaggi dell'emosporidio dalla fase endo-globulare sino alla moltiplicazione per gimnospore, sino alle forme note con il nome di *drepanidium* (Ray, Laukester, Gaule) dentro i globuli o libere nel plasma; esse si muovono come vermicoli e s'ingrossano allungandosi (Celli). Ma quali siano in quest'ultima fase i macro- ed i microgameti, se ed in quale ospite definitivo continui e si completi la vita di questi emosporidii non si sa ancora.

Mentre i parassiti delle emazie degli animali a sangue freddo riducono pochissimo l'emoglobina ed in genere non distruggono il globulo rosso, quelli degli uccelli e più ancora quelli dell'uomo, si nutrono a spese dell'emoglobina convertendola in melanina, arrivando così a distruggere il globulo stesso. Nella colomba (*columba livia*) la vita endo-globulare termina con la moltiplicazione asessuale, che ancora però non è ben conosciuta. Accanto alle forme endoglobulari si hanno i gameti o le forme libere nel plasma, che si vedono spesso accollate al nucleo, residuo dell'emazia distrutta; alcune di queste forme della fase di vita libera nel plasma possono emettere flagelli o spermoidi. Nell'allodola (*alauda arvensi*) si ha una rapidità di sviluppo ed una grandezza intermedia tra quelli della palombella e quelli che vedremo più piccoli nella civetta; più facilmente che nei parassiti della colomba e della civetta si osserva la moltiplicazione asessuale: anche quì si vede chiara la fase dei gameti, in cui i parassiti sono liberi nel plasma, isolati od attaccati al nucleo dell'emazia; assai spesso si vedono anzi emettere flagelli o spermoidi. Nella civetta (*athene noctua*), oltre ad una specie parassitaria, simile a quella dell'allodola, se ne trova un'altra a forme piccole, a sviluppo rapido, nelle quali si arriva presto alla moltiplicazione asessuale (fase di vita endoglobulare), nel mentre altre forme s'ingrossano dentro l'emazia e poi diventano libere (fase di vita libera o dei gameti), ed alcune emettono pure flagelli o spermoidi. Si vedono ancora parassiti nel globulo rosso del passero, dello storno, dello allocco, ecc.; ma tutti si possono riportare ad una delle specie di emosporidii precedenti. Non è quindi possibile accettare la classificazione fatta dal Labbè in due sole specie: *proteosoma* ed *halteridium*.

Questi emosporidi degli uccelli hanno un altro ciclo di vita che si compie nel corpo della zanzara (Ross). Nel sangue degli uccelli si osserva il primo dei cicli che arriva fino alla moltiplicazione asessuale; del secondo ciclo non si vede che l'inizio, cioè la formazione dei microgametociti o spermoidi e dei macromegameti od ovoidi (Grassi e Dionisi). Già nel sangue si può vedere la fecondazione dell'ovoide per opera dello spermoide (Mac Callum). Il Ross poi, per consiglio del Manson, studiò il secondo ciclo di vita degli emosporidi degli uccelli nel corpo della zanzara (*culex pipiens*). Nel 1° giorno non si trovano se non forme libere, molte delle quali flagellate; è probabile che, se la fecondazione dello ovoide per via dello spermoide non è avvenuta nel sangue degli uccelli, ora avviene nell'intestino medio della zanzara. Nel 2° giorno le forme diventano più rotonde e cominciano a far vedere una capsula: sono cioè trasformate in cisti, il contenuto mostra ancora pigmento; nel protoplasma compaiono vacuoli e granuli rifrangenti. Nel 4° giorno le cisti appaiono più grosse e si vedono ancora granuli di pigmento. Successivamente le cisti s'ingrossano sempre più, i vacuoli diventano più grandi; nel protoplasma restano i cosidetti nuclei residuali o di reliquato. Verso il 4°-6° giorno i vacuoli si sono allungati in forma di sporozoidi. Il Ross non ha seguito lo sviluppo ulteriore, come venne meglio studiato nella malaria umana, nella quale si è visto che questi sporozoidi. liberati dalla cisti, arrivano dentro

alle ghiandole salivari della zanzara. Il Ross e poi il Koch ed il Celli hanno visto che la malaria può trasmettersi agli uccelli mediante le zanzare. Riassumendo, l'emosporidio perfetto è questo della zanzara, la quale perciò rappresenta l' ospite definitivo del parassita, mentre l'uccello è l'ospite temporaneo, perchè nel suo sangue si svolge soltanto la vita asessuale dell'emosporidio.

Nei luoghi ove regna la malaria umana, specie la grave, regna anche la malaria bovina, che attacca di preferenza le razze importate. Vi è frequente l'emoglobinuria, la febbre alta, la morte in un tempo spesso brevissimo, l'ittero. Essa è inoculabile con l'inoculazione del sangue da bovino a bovino. Babes, Smith, Kilborne descrissero nelle emazie il *pirosoma bigeminum*, dotato di movimenti ameboidi (Celli), con moltiplicazione difficile a vedere nel sangue. Oltre a questa forma estivo-autunnale grave, ve ne ha un'altra con decorso protratto, senza febbre ed emoglobinuria. In un caso il Celli trovò due forme endo-globulari che si coloravano differentemente con il metodo Romanowsky, e che forse costituivano due forme sessualmente differenziate. Smith e Kilborne dimostrarono che questa malaria è trasmessa ai buoi dalle punture di una speciale zecca, il *ripicephalus anulatus*; questa zecca è l'ospite definitivo dell'emosporidio della malaria bovina (Grassi, Smith, Kilborne) Anco nelle pecore il Bonome ha descritto un parassita, detto *amebosporidio*; esso difatti ha uno stato ameboide più evidente di quello della malaria bovina, e mostra anco evidente la moltiplicazione asessuale nel sangue circolante. Nelle pecore forse esistono due specie di malaria: l'una del tipo bovino, l'altra del tipo Bonome (Celli). Piana e Galli-Valerio descrissero una forma di malaria nei cani da caccia—*pointers*—e nei bracchi che vanno a cacciare in marcite di regioni malariche. Il parassita dei cani è dotato di vivace movimento ameboide, ma prende anco una figura a pera che lo fa somigliare a quello della malaria bovina. Recentemente il Dionisi descrisse dei parassiti malarici nei pipistrelli, che hanno un ciclo evolutivo molto lento, ma arrivano anche alla sporulazione. Gli ospiti definitivi di questi parassiti delle pecore, dei cani e dei pipistrelli non si conoscono. Forse anco i cavalli possono essere soggetti alla malaria, specie quelli importati da luoghi sani.

In ogni modo il parassitismo endo-globulare è molto diffuso nel regno animale, dai batracei all'uomo (Celli).

Le prime ricerche sul parassita della malaria umana furon fatte dal Laveran nel 1880; poi vennero i lavori di Marchiafava e Celli, del Golgi, di Celli e Sanfelice. Gli emosporidi della malaria umana, come quelli degli uccelli, hanno due cicli di vita: l' uno asessuale nel sangue, l'altro sessuale nel corpo di speciali zanzare. I varii emosporidi finchè sono nel sangue hanno vivace movimento ameboide, struttura cellulare con nucleo, cariosoma ed abbondante cromatina; vi ha inoculabilità da uomo ad uomo. Come negli uccelli vi hanno almeno tre specie di questi parassiti e nelle pecore due, così nell'uomo ve ne hann o due per le febbri lievi, una almeno per le forme gravi o estivo-autunnali. Alle forme lievi appartengono la quartana e la terzana primaverile, alle forme gravi la terzana estivo-autunnale, più raramente la quotidiana estivo-autunnale, detta anche quotidiana vera. Le forme primaverili sono caratterizzate dal lento sviluppo nell'emazia per 2-3 giorni a seconda che si tratti di terzana o quartana; dal grande volume che possono raggiungere nell'emazia; dall'abbondante pigmentazione, che compare precocemente, e dal fatto che tutta la vita asessuale, dall'invasione nell'emazia sino alla moltiplicazione per scissione con formazione di gimnospore o amebule, si può seguire nel sangue circolante. Tanto la terzana che la quartana presentano le forme libere nel plasma, pigmentate che iniziano, solo nella zanzara il ciclo di vita sessuale (gameti). Nell' uomo al più si potrà avere la formazione di queste forme libere che hanno un nucleo visibile ad occhio nudo; alcune di essi emettono filamenti, che, secondo il Laveran erano parassiti perfetti, forme agoniche secondo Grassi e Feletti, flagelli secondo il Celli; oggi van chiamati microgameti o spermoidi che possono fecondare una forma libera feminile o macrogamete.

L' emosporidio della quartana, secondo il Golgi, compie il ciclo di vita asessuale in 3 giorni (72 ore); può invadere quasi tutta l'emazia, ma non la fa ingrandire, nè la scolora; i movimenti ameboidi sono piuttosto scarsi e lenti, e la forma non cangia nei varii momenti; i contorni dell'emosporidio spiccano abbastanza nettamente sul resto delle emazie; la pigmentazione è a granuli grossolani, con movimenti poco vivaci; verso la fine dell'apiressia il pigmento si raccoglie al centro e comincia la scissione o formazione delle amebule; queste sono in numero di 6-12-14; spesso quando il pigmento è al centro, le amebule gli si dispongono attorno in modo da somigliare il fiore della margherita.

Le caratteristiche principali della terzana primaverile consistono: in un ciclo di vita asessuale che si compie in 2 giorni (48 ore): il parassita può invadere tutta l'emazia, che diventa più grande delle altre emazie e si scolora e impallidisce; lo scoloramento dell'emazia avviene già quando il parassita è molto piccolo; i movimenti ameboidi sono molto vivaci, il parassita cangia di forma ed emette e ritira degli pseudopodi; la pigmentazione è a granuli fini che si muovono vivacemente; verso la fine dell'apiressia anco qui il pigmento tende a raccogliersi al centro e s'inizia la moltiplicazione; il numero delle amebule è maggiore che nella quartana, andando da 12-20; i gameti della terzana sono più grandi di quelli della quartana.

Le forme parassitarie che dan luogo alle forme gravi estivo-autunnali sono principalmente quelle della terzana estivo-autunnale che da Marchiafava e Bignami fu ben differenziata dalla terzana lieve o primaverile. Gli emosporidi sono molto diversi dai primaverili; sono più piccoli non occupando più di $^1/_5$-$^1/_4$ dell'emazia. Hanno movimenti ameboidi vivacissimi; il pigmento è a grani finissimi, quasi invisibili; il parassita cangia anco di posto nell'emazia; dallo stato di movimento passa a quello di riposo sotto forma discoide o anulare; esso compie il ciclo di vita asessuale in 48 ore. Ma il seguire tutto questo ciclo di sviluppo è più difficile che nelle forme primaverili, perchè il parassita quando è giunto alla fase della moltiplicazione si raccoglie negli organi interni, dove accade la scissione in amebule od in gimnospore. Nel sangue circolante si vedono però spesso le forme rotonde pigmentate con il blocco di pigmento nero nel mezzo che precedono la scissione, ma quasi mai le forme in scissione; sicchè per poter vedere tutto il ciclo asessuale bisogna ricorrere in vita alla puntura della milza, o, dopo morte, esaminare il sangue della milza, del fegato, del midollo delle ossa, dei capillari cerebrali. Nei casi di perniciosa comatosa, si trovano i capillari del cervello pieni di parassiti pigmentati ed in scissione: si tratta di una vera trombosi parassitaria che spiega agevolmente i gravi sintomi cerebrali in molte perniciose (comatosa, soporosa, bulbare, apoplettica, meningitica, ecc.). Questa terzana dicesi anco maligna perchè può diventar perniciosa, prolungandosi ed avvicinandosi gli accessi sino a simulare la continuità della febbre e divenir sub-continua; dicesi anco terzana estivo-autunnale perchè si osserva solo in està ed in autunno e mai in primavera.

Le sole febbri estivo-autunnali possono, se non curate in tempo, divenir perniciose. Nella terzana estivo-autunnale si osservano nel sangue anche talune forme che alterano molto presto l'emazia, che si presenta raggrinzata, di color carico, come di ottone vecchio; si tratta di una necrosi precoce dell'emazia che ha perduto la sua elasticità (*globuli rossi ottonati* di Marchiafava e Celli). Le emazie, nelle febbri estivo-autunnali, possono alterarsi e distruggersi per emolisi, senza essere invase dal parassita, ed allora si ha quel grave sintoma dell'emoglobinuria, molto frequente nella malaria grave tropicale, più rara da noi dove si riscontra più comune nella malaria bovina.

In questa terzana estivo-autunnale, mentre si svolge il ciclo di vita che conduce sino alla moltiplicazione asessuale, si svolgono le cosidette *semilune* del Laveran, con nucleo e pigmento raccolto al centro; esse possono diventare ovoidi, fusate, rotonde; alcune di quelle rotonde emettono flagelli, (microgameti o spermoidi di Grassi, Dionisi e Celli). Queste semilune contengono abbondante cromatina (Guarnieri e Celli). Queste forme possono restare afebbrigene nel sangue circolante e nel letto vasale dei visceri (milza, midollo osseo) per mesi interi, anco essendo scomparse le forme endo-globulari del parassita. Nell'organismo umano sono dunque sterili. Anco qui si hanno spermoidi ed ovoidi. Dunque anco questo emosporidio delle febbri gravi ha due cicli di sviluppo, come vedemmo negli emosporidi degli uccelli e negli emosporidi delle febbri primaverili; l'un ciclo è asessuale, nel sangue dell'uomo, l'altro sessuale nell'intestino medio di certe zanzare.

Che la quartana, la terzana primaverile, la terzana estivo-autunnale siano distinte forme parassitarie si può dimostrare anco con l'inoculazione di sangue malarico da uomo malato ad uomo sano. Questa fissità della specie si mantiene anco nel corpo delle zanzare, durante il ciclo di vita sessuale degli emosporidi (Bastianelli e Bignami).

Nell'estate e nell'autunno si può avere, quantunque di rado, una quotidiana vera o estivo-autunnale, corrispondente ad un parassita molto simile a quello della terzana estivo-autunnale, ma che compie il suo ciclo di sviluppo in 24 ore.

Un'altra forma rara, osservata da Marchiafava, Celli, Marchoux, che si sviluppa in meno di 24 ore, e non si pigmenta, ma passa alla moltiplicazione senza aver prima convertito l'emoglobina in melanina è quella detta *haemamoeba immaculata* da Grassi e Feletti.

Fra malaria tropicale e dei nostri clinici caldi non vi sono differenze sostanziali. Invece la malaria dei climi freddi si distingue da quella dei climi caldi perchè in essa non si osservano che quartane e terzane leggere.

Una nota caratteristica delle febbri malariche sono le recidive, spesso per mesi, talvolta per un anno e più. Forse si tratta di forme risultanti dalla moltiplicazione asessuale, che restano inerti in qualche viscere, forse nel midollo delle ossa, e, di quando in quando, invadendo di nuovo il sangue, danno luogo a nuove generazioni del ciclo asessuale. Nelle forme tanto miti, che gravi, possono osservarsi recidive dopo 3-4 o più mesi. Nelle febbri estivo-autunnali talora, negli intervalli, si osservano nel sangue circolante le semilune. E' nota la tendenza che hanno le febbri primaverili a recidivare lungamente.

Due altri fatti fondamentali che si osservano nella malaria, sono l'anemia, più o meno grave, dovuta alla distruzione globulare per opera dei parassiti, specie nelle forme estivo-autunnali, e la melanemia con la consecutiva melanosi dei visceri, che dipende dalla conversione dell'emoglobina in melanina.

Il periodo febbrile coincide con il ciclo di vita endo-globulare parassitaria, nel senso che il brivido o l'inizio febbrile coincide presso a poco con la moltiplicazione asessuale, con il versarsi nel torrente circolatorio delle gimnospore o amebule derivanti da questa moltiplicazione. Queste amebule, dopo invasi nuovi

globuli, crescono nell'apiressia e preparano la nuova generazione parassitaria. Se vi ha più di una generazione si ottiene la quartana tripla, la terzana doppia, che sono pseudo-quotidiane, e le febbri ad accessi ravvicinati sino alla sub-continuità.

Però il meccanismo della febbre è ignoto. La perniciosità forse dipende dalla maggiore dissoluzione di globuli rossi, dalla nefrite acuta che talvolta insorge per maggiore tossicità, forse, del parassita delle febbri gravi. Vi ha chi ammette una tossina pirogena; ma Gualdi, Montesano, Mannaberg, Celli non l'hanno potuto dimostrare nel siero del sangue dei febbricitanti, nè dentro i globuli (Celli).

L'uomo è l'ospite temporaneo del parassita malarico, e la zanzara l'ospite definitivo (Grassi e Dionisi), Si è visto che la formazione dei gameti nelle febbri estivo-autunnali ha luogo nel midollo delle ossa, ove si vedono tutti gli stadii di sviluppo dalle semilune piccolissime alle giovani ed a quelle più grandi. Queste si vedono nel sangue circolante. I microgametociti emettono gli spermoidi. E dopo che, o nel sangue dell'uomo o nel corpo della zanzara, lo spermoide è entrato nell'ovoide e s'è così compiuta la fecondazione, gli zigoti che ne risultano cominciano a mostrare una capsula, pur riconoscendosi bene dal pigmento nero caratteristico del ciclo endoglobulare.

Questi corpi fecondati han sede nell'intestino medio delle zanzare alle pareti del quale si addossano fino a sporgere nella cavità generale del corpo e poi a rompersi in esso. Prima però di rompersi sono avvenute fasi ulteriori di sviluppo, le quali si compiono in 7-8 giorni. Si tratta di forme che diventano sempre più grandi, molto più di quelle che si vedono nel sangue malarico e si rivestono di una membrana con le cisti. La cromatina del nucleo si accresce e si divide direttamente in tanti piccoli corpicciuoli, ognuno dei quali diviene un nucleo. Attorno ad ogni nucleo il protoplasma si scinde, e si ha come una colossale moltiplicazione polinucleare del parassita che prima era unicellulare. Successivamente il protoplasma attorno a ciascun nucleo si allunga, prende forma fusata. Sino a che si arriva alla formazione dei cosidetti sporozoiti, che sono corpicciuoli allungati o fusati, ciascuno dei quali ha nel centro uno o più granuli cromatinici. Compiuta la produzione degli sporozoiti, la capsula si rompe, e gli sporozoiti si versano nella cavità generale del corpo della zanzara, e per per la circolazione lacunare arrivano fino alle ghiandole salivari, ove si accumulano in grandissimo numero. La zanzara, pungendo l'uomo, con la sua saliva inocula un certo numero di questi sporozoiti, i quali poi, sviluppandosi nel sangue dell'uomo, danno luogo a quelle generazioni parassitarie asessuali. Per la terzana primaverile Bastianelli e Bignami sostengono che gli zigoti o le forme del ciclo sessuale si distinguono nel corpo delle zanzare da quelle della terzana estivo-autunnale.

È quindi assicurato che il ciclo di vita perfetta, quello per cui è assicurata la specie fuori dell'uomo, lo compiono anco gli emosporidi della malaria umana nell'intestino della zanzara.

BIBLIOGRAFIA

Baccelli. La malaria in Roma, 1878.—Cuboni und Marchiafava. *Arch. f. exp. Pharm;* 1881. - Marchiafava e Celli. *Gazz. degli osp.*, 1883; atti dei Lincei, 1884. *Ann. di agric. e Arch. per le sc. mediche*, 1885, Accad. med. di Roma, 1884; *Arch. ital. de biol.*, 1888; *Riforma medica*, 1889; atti dell'Accad. medica di Roma, 1890; *Arch. per le Scienze mediche*, 1890; Ueber die Parassiden roth. Blotkurperchens, Berlin, 1891. — Celli. *Giorn. della Soc. ital. d'igiene*, 1886; *Rifor. med.* 1889; Acc. med. di Roma, 1889; Ueb. diè Aetiol. der Malarianinf., Berlin; *Wiener klin. Wochensch.* 1890; Soc. ital. per gli studii della malaria, 1898; La malaria, Roma, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo
diretta dal prof. I. TANSINI

CONTRIBUTO ALLA GENESI EMBRIONALE DI UN ADENO-EPITELIOMA CISTICO PRIMITIVO DELL'OMBELICO

Dottor Abele Ajello
Docente di patologia chirurgica

(*Cont. — V. num. prec.*)

Contemporaneamente allo stabilirsi e al progredire della degenerazione cistica, anche le pareti ed il connettivo circostante risentono un funesto contraccolpo nella loro tessitura dalla esagerata e prolungata pressione. Già la membrana basamentale fortemente stirata e assottigliata, è in generale poco riconoscibile: ed anche l'involucro connettivale e lo stroma interstiziale per mancata irrorazione e nutrizione, o per strozzamento subito, sono trasformati in esili strati; di modo che le cavità cistiche appaiono poco distanziate per l'interposizione di sottili sepimenti connettivali che riescono ancora a separarle; ma non tarda molto che anche queste ultime delicate barriere vengono superate e distrutte, ottenendosi la fusione di diverse cavità con formazione di lacune di maggiori dimensioni.

Ma il fenomeno degno della maggiore attenzione ci viene offerto da alcuni punti delle sezioni, nei quali si può seguire assai bene il passaggio graduale dalla semplice iperplasia epiteliale endolobulare ad una disordinata ed atipica proliferazione dell'epitelio medesimo

manifestantesi dapprima soltanto con deformazione del contorno e della configurazione degli otricoli, poscia con la rottura della membrana limitante e l'invasione successiva di zaffi epiteliali nel connettivo limitrofo; e questi formano alla loro volta il punto di partenza di altri getti e cordoni epiteliali che vengono accolti in disordine nel tessuto interstiziale, ed il loro rapido moltiplicarsi bentosto fa ravvicinare i vari accumuli epiteliali a spese dello stroma, che viene in tal guisa invaso e assottigliato. E mentre prima abbiamo osservato che gli elementi epiteliali fuorusciti dai tubi

Fig. I.

si provvedevano ben presto di una membrana limitante e si fornivano di un lume, qui invece ogni traccia di membrana propria, che ne regoli la direzione e ne designi il limite d'invasione e di canalizzazione centrale è del tutto sparita, e restano come accumuli cellulari pieni compatti e irregolarmente disposti (Fig. IV). Perduta quindi la disposizione caratteristica di un tipo ghiandolare perfetto, si comprende bene che da questo punto non si ha più a che fare col semplice adenoma, ma con la sua trasformazione o metamorfosi epiteliomatosa. Qui le cellule epiteliali esageratamente neoformate, non più disposte perpendicolarmente alla superficie d'impianto, ma intasate senz'ordine e senza limiti, non arrivano più alla forma delle loro cellule matrici, come si è riscontrato nella iperplasia adenoidea, esse qui si modificano alquanto, diventano, per così dire, atipiche, rimangono al tipo giovane, embrionale, e dalla forma cilindrica alta nella parte più periferica degli zaffi, vanno assumendo forme meno alte, appiattite, cubiche, poligonali, arrotondate, man mano si procede verso la parte centrale. I loro nuclei grossi, rotondeggianti, ben delimitati, talora unici, talora multipli, entrano spesso in cariocinesi.

Man mano che la neoformazione procede verso la superficie cutanea, invade le papille connettivali del corpo papillare, le quali si ipertrofizzano e si ramificano e si vedono allungate, sollevate, sporgenti; ne succedono di conseguenza grandi avvallamenti tra l'una e

Fig. II.

l'altra papilla di modo che anche le introflessioni interpapillari del corpo mucoso del Malpighi si approfondano considerevolmente nello strato del derma.

È facile in questi punti potere constatare quanta sia manifestissima la distinzione degli elementi propri della neoformazione da quelli dello strato mucoso, e anche là ove le gettate epiteliali arrivano a toccare i pilastri interpapillari, mai si scorge quanto pare asserisca il Darier, cioè l'assimilazione di tipo delle cellule neoformate con quelle malpighiane, nè una specie di copulazione, come dice il Klebs e come del resto ebbe già a negare il Maffucci.

La produzione epiteliale del corpo mucoso, certo pel fatto della pressione esercitata profondamente e per lo squilibrio di nutrizione prodotto dallo strozzamento dei tessuti o da alterazioni vasali, si mostra anormalmente di-

sturbata, aumentata e caratterizzata da una formazione in parte aumentata, in parte pervertita di squame epidermoidali: infatti le filiere epiteliali. provenienti dagli strati profondi non subiscono il normale processo di corneificazione, ma vanno incontro ad un processo di disseccamento, formando uno strato molto ispessito di squame su tutta la superficie epidermica che ricopre il tumore; solo in una zona, dove gli elementi malpighiani sono caduti in necrosi e si dissolvono, si genera una perdita crateriforme di sostanza, ricoperta da croste, destinate ad eliminarsi più volte per poi sempre riprodursi: queste croste risultano formate da elementi dello strato mucoso e da lamelle cornee e da squame commisti ad abbondante secrezione ed a sangue.

Lo stroma interstiziale è scarso, rispetto alla produzione neoplastica; esso in generale ha i caratteri del tessuto connettivo lasso, molto ricco di cellule fisse fusate e discretamente fornito di vasi; in molti punti si vedono focolai d'infiltrazione parvicellulari, che accompagnano lo sviluppo dell'epitelioma ed indi-

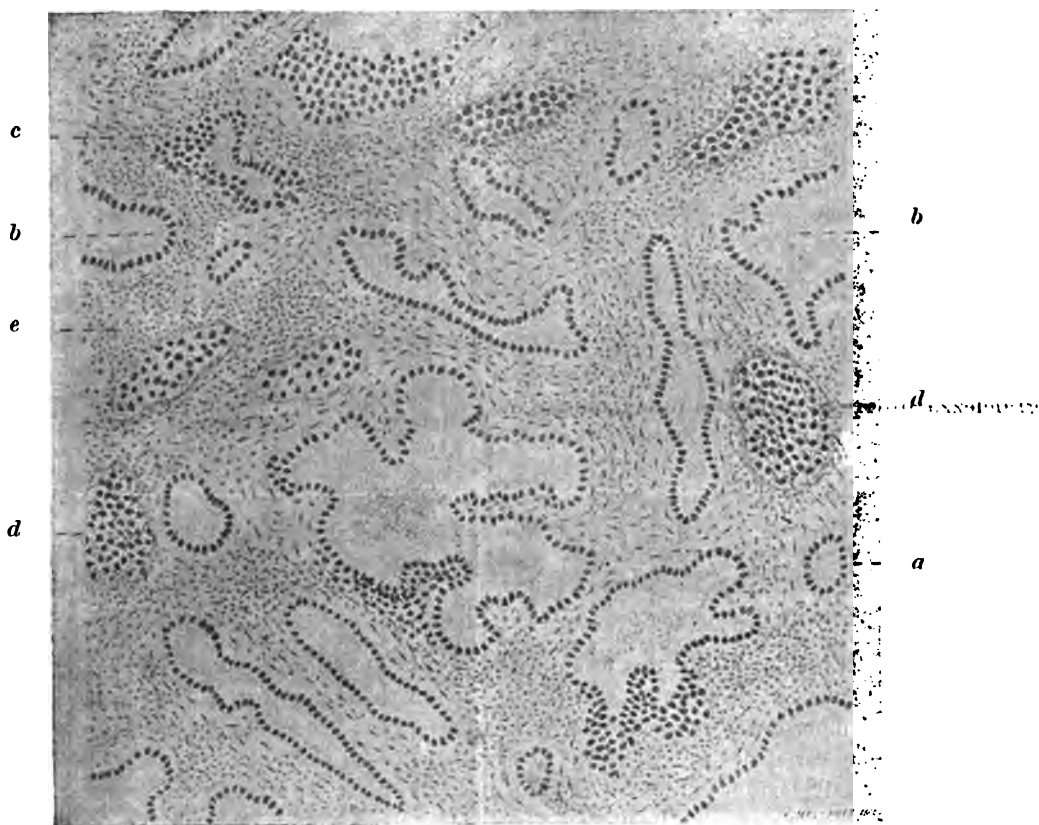



Fig. III.

cano lo stato di reazione dei tessuti alla sua invasione. Qua e là per diffusione del contenuto cistico tra le maglie del connettivo interstiziale, questo si rigonfia; le cellule fisse e le migranti in tali condizioni possono conservarsi intatte, generalmente però degenerano in modo che si forma una massa omogenea, splendente, jalina.

Nei preparati che corrispondono alla base del tumore si osservano larghe striscie fibrose nettamente delimitate e rettilinee, senza accenno di invasione neoplastica; esse risultano costituite di tessuto fibroso stipato, di aspetto cicatriziale, fornito di lacune piene di elementi sanguigni e di vasi a pareti fortemente ispessite. Queste strisce sono sezioni di quei cordoni fibrosi già notati all'esame macroscopico del pezzo e che abbiamo fondato sospetto di ritenere quali residui cicatriziali degli elementi del cordone ombelicale.

Le pareti vasali presentano alterazioni molto marcate: le arterie mostrano forte ipertrofia dell'intima, che riesce a disformare e a diminuire il loro calibro (endoarterite prolifera); anche la muscolare e l'avventizia si accompagnano a processi inflammatori cronici; qua e

là è dato osservare depositi jalini fra le tuniche vasali ipertrofizzate. Le vene schiacciate assumono forme strane: esse presentano proliferazione delle cellule delle pareti e delle guaine.

Non è stato possibile di riscontrare nei miei preparati ghiandole sebacee o sudoripare con le loro caratteristiche appendici, nè altra specie di dotti escretori.

In corrispondenza della zona neoplastica, il peritoneo parietale è ispessito, e su di esso si notano qua e là infiltrazioni parvicellulari non che proliferazioni delle cellule fisse, il che spiega come novella neoformazione vada ad aumentare l'ispessimento della sierosa; i vasi sanguigni sono aumentati di numero ed hanno pareti ispessite; lo strato di cellule epiteliali piatte e poligonali che ne tappezza la superficie interna è ben conservato. Il peritoneo è libero da invasione neoplastica; la sua connessione col tumore è fatta mediante connettivo cellulo-adiposo (sottosieroso), che, scarso in corrispondenza dell'infundibolo ombelicale. è invece abbondante nelle zone adiacenti : in questo tessuto si scorgono maglie di forma e grandezza differente, rivestite internamente da endotelio, che rappresentano lacune linfatiche, alcune delle quali hanno diggià subita l'invasione adeno-epiteliomatosa.

Da questa descrizione istologica risulta che, nel tumore da me studiato, dalla neoformazione ghiandolare tipica, che raffigura esattamente l'adenoma diffuso, si passa gradatamente per fasi evolutive alla produzione più netta dell'epitelioma tubolare e ghiandolare. Si può studiare e seguire attentamente la trasformazione di queste ghiandole in zaffi epiteliali, favoriti dalla scomparsa della membrana propria, dalla obliterazione del lume centrale e dalla modificazione delle cellule epiteliali. Inoltre si riconosce facilmente che l' unico punto di partenza della neoplasia erano state quelle specialissime ghiandole tubolari, tappezzate da un solo rango di alto epitelio cilindrico, il cui contenuto cellulare appare costituito da una massa trasparente, traboccante, coi granuli protoplasmatici allontanati tra di loro, ridotti in singoli gruppi o tratti, non di rado rIsospinti verso la periferia; riprodotto è infatti il tipo di questi elementi di rivestimento ghiandolare, i quali alle volte non arrivano più alla forma delle loro cellule matrici e diventano per così dire, atipici, ma anche allora si mantengono sempre ben distinti e differenziabili sia dagli epiteli malpighiani proliferati, sia da quelli delle ghiandole sebacee, sudoripare, e dei follicoli del pelo, che, come vedremo più innanzi, costituiscono altre possibili origini dell'epitelioma della cicatrice ombelicale. Un'altra particolarità, che conferisce al caso un'importanza speciale, risiede nel fatto che accanto allo sviluppo progressivo del neoplasma si svolge una così estesa degenerazione cistica. Di modo che la diagnosi di *adeno-epitelioma-cistico primitivo dell'ombelico*, assegnata al tumore da me studiato, mi sembra perfettamente giustificata.

(*Continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

HÔTEL-DIEU DI LIONE. I. Teissier

Albuminuria epatogena. — Una donna di 48 anni senza alcuna labe ereditaria, due mesi addietro, stando perfettamente bene, fu colpita da un forte dolore puntorio sotto le false costole di destra che si irradiava alla spalla a lungo il frenico in modo da aversi la sindrome della colica epatica. Durante la vita, nella regione della cistifellea si trovò una prominenza dolente, che, dato l'insorgere rapido, fu attribuita ad una pericolecistite. Esisteva edema pallido agli arti inferiori, ma poichè non esisteva alcun disordine dell'apparecchio urinario e cardiaco, si ammise che si trattasse di edema di origine epatica, che può essere unilaterale, ma anche simmetrico, come lo dimostrano numerosi casi di edema bilaterale nel periodo precirrotico o nel corso del diabete mellito. Nel corso ulteriore della malattia l'edema si diffuse a tutto il corpo. la cachessia divenne spiccata, avvenne dilatazione del cuore destro, nell'urina comparve l' albumina, in modo che si ebbero dei dubbi sulla diagnosi prima stabilita e si ammise piuttosto la nefrite latente, in cui l' albuminuria si sia manifestata tardivamente. L'esame per l' edema diffuso e per il versamento di liquido nel peritoneo, era del resto divenuto molto difficile, ma non v' era insufficienza del fegato, perchè non c'era urobilina nell'urina nè esisteva il fenomeno della glucosuria alimentare.

L'autopsia diede luogo ad una sorpresa, in quanto che si trovò un carcinoma del fegato secondario ad un piccolo carcinoma anulare nel punto di congiunzione dell'intestino tenue col colon ascendente, dove il tumore inglobava la valvola ileo-cecale producendo uno strozzamento notevole.

Questo caso solleva una delle quistioni più delicate di patologia, quella cioè dell'albuminuria di

origine epatica. La clinica e la fisiologia ci obbligano ad ammettere questa forma di albuminuria. La fisiologia ci dice che il fegato distrugge i globuli rossi ed utilizza una parte della materia colorante messa in libertà per la costituzione della bile. Si può perciò supporre che se la ghiandola esagera la sua funzione, la sostanza albuminoide, la globulina, separata dalle sue combinazioni primitive può passare nelle urine. Si conosce pure che una delle proprietà essenziali del fegato è quella di trasformare in urea, sostanza meno tossica, le sostanze albuminoidi più tossiche che ad esso arrivano per la via portale. Se per caso esiste insufficienza funzionale del fegato, nel circolo passano gli albuminoidi non trasformati in urea. donde l'albuminuria. Infine il fegato ha un'azione speciale su certe tossine o veleni che esso distrugge o rende più energici, donde la possibilità di una terza specie di albuminuria epatica, quella per autointossicazione con irritazione renale, dovuta alle tossine non distrutte o rese più violenti, che i reni debbono eliminare.

La clinica appoggia queste nozioni fisiologiche. L' albuminuria epatica è stata già ammessa da Murchinson, da Bouchard, da Hanot e Gilbert, Ralfe etc. Le affezioni epatiche che danno facilmente luogo all'albuminuria sono in prima linea l'iperfunzionamento del fegato, sostrato abituale della diatesi gottosa; viene poi l'iperemia d'origine etilica con leggera epatite ed in terza linea il cancro cirrotico primitivo, ed infine la malaria; eccezionalmente la litiasi biliare.

Il meccanismo di produzione dell' albuminuria epatogena può essere riportato a tre condizioni distinte. Per lo più essa è il risultato della funzione esagerata del fegato e di una intensa distruzione di globuli rossi, come nell'iperemia gottosa alcoolica diabetica. In un secondo gruppo di casi l'albuminuria dipende da insufficienza epatica, questo è il caso per l'albuminuria della precirrosi e del cancro cirrotico del fegato, come nelle osservazioni di Hanot e Gilbert. La terza categoria comprende i casi di albuminuria epatogena da autointossicazione.

I caratteri delle urine sono diversi secondo i casi. Talvolta l'albuminuria è intermittente, diurna, accompagnata dall'emissione di una grande quantità di sostanza colorata; l'albumina, non retrattile è rappresentata a preferenza dalla globulina e precipita tardivamente col saggio di Heller; l'urina è ricca di materie grasse; l'urea è in eccesso e così pure l'acido urico ed i fosfati. Tutti questi fatti sono l'espressione dell'aumentata attività del fegato. Altre volte l' albuminuria è costante, ma poco intensa, l' urina è pallida e carica di muco, di reazione alcalina, contiene poca urea, non più di 10 grammi, spesso esiste glucosuria alimentare concomitante. Questi fatti come si vede, sono la manifestazione di insufficienza funzionale del fegato.

Infine in una terza categoria di casi l' urina si avvicina nella sua costituzione al tipo dell'urina brightica; è pallida, abbondante; l' urea è più scarsa ancora; l'albumina in presenza di diversi reattivi prende un aspetto granuloso e retrattile; il deposito può contenere cilindri, non solo jalini, che possono trovarsi anche in certe affezioni epatiche, e granulosi che non hanno grandissima importanza, ma anche epiteliali che tradiscono l'alterazione od almeno l'irritazione del rene. In questo caso prima di fare la diagnosi bisogna valutare molto bene i sintomi clinici, e bisogna anche tener presente che l'albuminuria epatica può dar luogo alla nefrite, che in seguito, per una specie di vero *choc en retour*, aumenta la gravità dell' affezione epatica.

La concezione di questa nuova forma di albuminuria, dell'albuminuria epatogena, apre la via alla interpretazione di altri fatti già noti, fra cui l'albuminuria ciclica o malattia di Pavy, che pare debba rientrare nella categoria dall' albuminuria d'origine epatica, e così anche probabilmente l'albuminuria dei diabetici, che hanno nello stesso tempo tumore di fegato.

La prognosi della prima forma di albuminuria epatogena è lieta, quella delle altre sue forme è riservata.

CLIMATOLOGIA

GLI ELEMENTI DEL CLIMA

Le fluttuazioni giornaliere ed i contrasti spesso considerevoli, che ci offrono i fenomeni climatici, risultano dalle differenze qualitative e quantitative di forma delle superficie delle terre e probabilmente anche da quella forma eccezionale, ideale di essa, per la quale Listing introdusse la denominazione speciale di « geoide ».

Le diversità di forma della terra s' esplicano dapprima con le condizioni di giacimento delle sue superficie.

Per le condizioni climatiche della terra, come pure per il mondo organico, l'atmosfera spiega l'azione più importante, in parte mediata, in parte autonoma mediata, perchè essa riceve e conduce alla superficie terrestre la luce del sole, autonoma perchè modifica per mezzo della rifrazione la luce che adatta ai bisogni tellurici. Si può dire che da questo giuoco eterno fra luce ed atmosfera vengono tenute deste e messe in azione tutte le forze legate nella materia terrestre e che da esso si sono formati tutti gli elementi del clima, come pure quelli del mondo organico.

Quantunque l'atmosfera, com'è noto, venga riscaldata solo per via diretta dai raggi solari, pure

la causa propria del calore atmosferico deve ricercarsi soltanto nel sole.

Come il riscaldamento della superficie della terra dipende dal calore solare, lo stato medio di calore dell' atmosfera dipende principalmente dall'irradiazione calorifica della superficie terrestre, e questa produrrebbe anche una perdita totale di calore terrestre, se non venisse sostituita incessantemente dal sole. D'altro canto l' aria raggiungerebbe un grado elevatissimo di calore, ove non ci fossero anche dei momenti raffreddanti.

Dalle differenze topografiche di forma della terra risulta che la ripetizione generale del calore non può corrispondere al grado di latitudine. Se la temperatura si ripartisse conformemente ai gradi di latitudine, il distretto più freddo dovrebbe coincidere col polo nord. Eppure non é così, avendosi il freddo più forte nell' America del nord. Quivi, come pure nell' Asia del nord, la temperatura è molto più fredda che in Europa. sotto lo stesso grado di latitudine. New-York, per esempio, è situato un grado più sotto di Roma, eppure la sua temperatura media umana è di 5 gradi più bassa. Humboldt fu il primo a richiamare l'attenzione su questo fenomeno, ed a rappresentare sulle carte geografiche la vera ripartizione del calore per mezzo delle linee isoterme. Bergham e Dowe hanno poi completato il suo metodo con grande successo, raggiungendo risultati più precisi coll' isoterme, coll'isochimene e coll' isoterme mensili. In generale, da queste esperienze metereologiche risulta la regola che nell' interno dei grandi continenti regnano està calda ed inverno rigido, alla riva del mare e ad una lontananza non considerevole da essa predominano està relativamente fredde ed inverni caldi.

Anche lo stato barometrico, o stato d'umidità dell'aria, direzione e grandezze dei venti vengono oggi tenuti in evidenza per mezzo di carte sinottiche in tutti gli stati, ed é propriamente la meteorologia la sorgente, alla quale la climatoterapia attinge per i suoi bisogni.

Sono generalmente noti i mezzi tecnici moderni che s'hanno oggi a disposizione per le osservazioni meteorologiche. Permettendo i progressi meteorologici un'analisi esatta degli elementi climatici, non riuscirà difficile d'abbozzarsi coll' aiuto d'essi, un quadro completo esatto d' un luogo di cura e di stabilire con alcune esperienze climatoterapeutiche le sue indicazioni. A scopi terapeutici si distinguono i climi del paese senza spiaggie dal clima del mare e delle spiaggie. I primi si differenziano fra di loro secondochè ci tratta di pianure più o meno alte, di valli, di colline, di catene più elevate d' una vera montagna. Oggi si rivolge speciale considerazione alle stagioni invernali. Quelle situate alle spiaggie del mare sono contrassegnate da una maggiore regolarità della temperatura da un contenuto maggiore d'ozono e da esenzione di polvere inorganica, mentre quelle site nelle terre senza spiaggia sembrano indicate per il loro carattere puramente alpino e per la loro protezione maggiore dai venti.

Sono molteplici l'influenze locali d'un luogo prodotte da condizioni topografiche, specialmente in riguardo alle condizioni maggiori o minori d' insolazione. A prescindere dalle grandi correnti telluriche d' aria, sono importanti tra le condizioni climatiche d' un luogo i venti di mare ed i venti di terra. In intimo rapporto colle temperature e colle condizioni di pressione atmosferica d'un luogo sta il contenuto d'umidità dell'aria.

Si differenzia, com' è noto, un' umidità assoluta ed una relativa.

Un altro elemento costante dell' atmosfera, importante dal punto di vista climatologico ed igienico, è la polvere. Questa si trova in tutti gli strati dell'atmosfera. L'aria delle città contiene più polvere dell'aria di campagna; nell'inverno, nella primavera e dopo la pioggia l'aria è più povera di polvere che nell'està, nell'autunno e con tempo asciutto. Il pulviscolo atmosferico contiene specie animaletti piccolissimi studiati più minutamente da Tindall con la luce elettrica, batterii. L'analisi chimica ha inoltre constatato il 25-35 0[0] di sostanze combustibili ed il 65-75 0[0] d'incombustibili.

Le combustibili sono d'origine organica, le incombustibili di origine inorganica. Fra il pulviscolo atmosferico e l'umidità dell'aria esiste senza dubbio un rapporto molto vicino sull' origine e diffusione delle malattie infettive.

Sul magnetismo terrestre e sulla sua influenza sul clima s' hanno solo ipotesi vaghe. Se l'ipotesi d'Ampère è esatta, l' influenza che la terra con la sua proprietà di magnete esercita sul clima, sarebbe analoga a quella dell'elettricità.

Sull'origine delle correnti elettriche nell' atmosfera e sulla loro influenza sulle condizioni climatiche nulla si può addurre di positivo.

Il contenuto organico molto variabile dell'atmosfera sta notoriamente in relazione coi temporali. Ricerche ozonometriche hanno assodato che l'aria di stanza non contiene mai ozono; che l'aria umida è più ricca di ozono della secca; che il contenuto in ozono dell' aria raggiunge in generale il suo massimo da marzo a maggio il suo minimo da settembre a novembre, e ch' esso infine di notte può svilupparsi più intensivamente che di giorno. Il vento di sud o di sud-ovest innalza il contenuto ozonico dell' aria, quello d' ovest o di nord-ovest al contrario l' abbassa. Il contenuto ozonico dell'aria è maggiore in vicinanza del mare o dei grandi laghi, come pure sui monti umidi imboschiti. Ogni suolo umido forma ozono alla sua superficie, s' esso però contiene sostanze organiche in putrefazione, allora ha luogo una di-

sozonizzazione dei gas che s'innalzano. Si sa inoltre che il nostro corpo possiede una sorgente inesauribile per la formazione dell' ozono, venendo l'ossigeno inspirato dai polmoni ozonizzato dall' emoglobina, cosicchè il nostro corpo in considerazione della grande quantità dell' emoglobina immagazzinata produce sempre più ozono, di quello che può essergli portato dell' esterno anche nelle condizioni più favorevoli. Si deve quindi essere inclinati ad ammettere che il contenuto ozonico dell'aria non può esercitare alcun' influenza essenziale sul benessere generale; dalla sua presenza si può però desumere che l'aria è priva di sostanze nocive alla salute.

L'antiozono spiegherebbe un'azione nei cambiamenti dello stato d'aggregazione dell'acqua, esso costituisce del resto una sostanza poco nota.

Il cloruro sodico è contenuto quasi soltanto nell'atmosfera, esso manca solo nell'alture considerevoli, è contenuto più abbondantemente nell' aria in vicinanza del mare. L' ammoniaca manca raramente nell'aria ed ha importanza per l'accrescimento della pianta. Il jodo si trova in traccie minime in vicinanza del mare. (*Wiener medicinische Presse*, n. 34 e 38, 18 e 27 agosto 1899).

FORMULARIO

Sciroppo misto per la sifilide terziaria

Bijoduro di mercurio	gr.	0,10
Ioduro di potassio	»	10
Sciroppo di zucchero	»	200

Ogni cucchiaio da zuppa contiene 1 centigrammo di bijoduro di mercurio e 1 grammo di ioduro di potassio.

***Malbec* — Eczema dei genitali e del peritoneo**

Mentolo	ctgr.	10
Idrato di cloralio	gr.	5
Acqua . . . . }	ana »	500
Glicerina . . . . }		

per lozioni.

poi usare la pomata:

Cloridrato di cocaina . , .	ctgr.	10
Olio di betulia	gr.	3
Glicerolato d'amido	»	30
Estratto fluido di Panama . .	»	4

e infine spolverare con:

Acido salicilico	gr.	1
Ossido di zinco	»	5
Polvere di talco	»	10

Contro la ftiriasi pubica

Sublimato	ctgr.	25
Olio di trementina	gr.	30
Glicerina	»	40
Alcool canforato	»	175

per lozioni.

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste in Portogallo

I giornali portoghesi recano particolari sulle cause della diffusione della peste ad Oporto.

Nel *Seculo* tra altri un medico scrive che lo stesso ministro dei lavori pubblici, Brito, in una sua visita si potè convincere coi propri occhi che tutta la vita destra del Duero, da Miragaya alla punta di Ribera Riboleira è un sedimento di microbi e di miasmi, perchè qui si accumulano i detriti e gli spurghi della città, e nulla è stato fatto perchè il mare o il fiume portino via questi milioni di metri cubici di materie in putrefazione.

« Inoltre il ministro dovrebbe sapere che il quartiere Fonta Taurina, in cui si ebbero i primi casi di peste, è affatto malsano, e gli operai del porto dormono a centinaia in una sola casa. Nessuna di queste case è provveduta dei mezzi anche primitivi per portar via le immondizie, che spesso si accumulano nel cortile o nelle cantine. Soltanto abbandonando questi quartieri infetti si può ricondurre un po' di tranquillità negli animi e allontanare il pericolo del rinnovarsi dell' epidemia pestifera. Provveda dunque il governo sollecitamente ».

E la *Medicina contemporanea* scrive « che quando fu dichiarata ufficialmente l'epidemia erano già avvenuti dei casi di morti di peste, ma che dapprima erano stati denunciati come di « febbre infettiva », e quando furono mandati fin dal primo caso a far ricerche al laboratorio batteriologico, questo ci mise un mese a dare una risposta e a metter quindi sull'avviso della gravità dell'epidemia. Ma non bisogna scoraggiarsi. La epidemia non è ancora domata, ma la lotta è intrapresa da medici eletti, i quali esercitano il loro ufficio non per *sport* come l'ufficio batteriologico ».

Questo spiega le dimostrazioni del popolo contro i medici del laboratorio e contro il governo così poco curante della salute e dell'igiene della cittadinanza.

Intanto si ha da Roma:

Notizie ufficiali, chieste dal Governo ai suoi rappresentanti in Portogallo, rettificano in senso benigne le informazioni private o giornalistiche, di origine principalmente spagnuola, che si sono ricevute negli scorsi giorni sullo stato sanitario del Portogallo.

Infatti, scrive il *Popolo Romano*, la peste è limitata a Oporto, dove si ebbero il 22 agosto tre casi con due decessi. Questi erano infermi da giorni, ma si nascosero all' autorità finchè fu possibile di farlo. Il 23, un sol caso con morte. Il 24, due casi benigni ed un caso al Nord della città di un individuo venuto da Oporto.

Nessun nuovo focolare di peste si è manifestato nel rimamente del Portogallo.

L'Università Imperiale Cinese

A Pechino, nel centro della città imperiale, in un grandioso palazzo che sorge accanto alla reggia, fu di recente inaugurata la nuova Università al cui mantenimento il governo cinese provvede con l'annua rendita di 5 milioni di *taels* (circa 18 milioni di franchi) somma che depositò a tale scopo presso la Banca Russa-Cinese.

Il personale dell' Università comprende: 2 presidenti, 8 professori stranieri, 16 assistenti od interpreti, 9 professori cinesi, 8 commissari, 32 segretari e un centinaio fra impiegati subalterni e domestici.

Il presidente (rettore magnifico effettivo) è il dottor W. A. P. Martin, già presidente del collegio di Tung-Wen, coadiuvato dal ministro Hin-Kin-Tchang, già ambasciatore in Germania ed in Russia, ma che ha soltanto voto consultivo.

La sorveglianza dell' Università venne affidata al ministro Sun-Tchun-Tang, alto commissario imperiale che funge da ministro della publica istruzione.

Il corpo del personale insegnante straniero è il seguente:

Dottor W. A. P. Martin, presidente: *Diritto internazionale.*

Dottor R. Coltmau: *Medicina chirurgica.*

Professori J. Baillie ed J. R. James: *Lingua inglese.*

Prof. L. De Geiter: *Lingua francese e ginnastica.*

Prof. H. von Broen: *Lingua tedesca ed esercizi militari.*

Prof. S. Schmidt: *Lingua russa.*

Prof. S. Nisighori: *Lingua giapponese.*

Gli studenti che ora seguono i corsi di scienze e di lingue estere sono 216, di cui 10 studiano medicina e chirurgia 210 la lingua inglese, 35 la giapponese, 25 la russa, 20 la francese e 15 la tedesca.

Inoltre, vi ha un altro centinaio di studenti che seguono i corsi di letteratura cinese, di matematiche, di fisica, di diritto internazionale. ecc.

L'insegnamento degli esercizi fisici e militari è facoltativo, e viene impartito in un ginnasio che può gareggiare con qualunque scuola ginnastica dell'Europa.

L'insegnamento dato alla Università è completamente gratuito, e gli studenti vi sono alloggiati e provveduti di quanto può loro occorrere, ma debbono nutrirsi a proprie spese.

Compiuti i diciotto anni di età, chiunque può essere ammesso quale studente all'Università che è frequentata pure da padri di famiglia.

Mezzo profilattico contro la malaria

A. d'Abadie vanta come un mezzo che lo ha preservato dalla malaria nei suoi viaggi attraverso certe regioni dell' Africa, un procedimento che a lui fu comunicato da un cacciatore d'ippopotami. Bisogna con un drappo o con una coperta qualsiasi formare un piccolo spazio chiuso in cui possa entrare tutto il corpo, privo delle vesti, e là dentro accendere un pezzetto di zolfo. Questa pratica deve ripetersi ogni mattina.

Un nuovo xifopago vivente: Rosalina-Maria

Il numero dei xifopagi nati viventi è piccolo: se ne contano 7-8, parecchi dei quali non sono vissuti più di alcune ore o giorni. Solo i fratelli Siamesi hanno raggiunto un'età molto avanzata. Lo ultimo xifopago venuto in Europa aveva 8 anni e tre mesi ed era nato nelle Indie inglesi. Nel Brasile si è scoperto ultimamente un nuovo xifopago. Sono due piccole bambine nate a Cochoeiro de Itapemerem, 6 anni addietro. Furono da poco condotte a Rio-de Janeiro, allo scopo di sapere se la chirurgia poteva far nulla per separare i due esseri.

La facoltà di medicina di Rio Janeiro, dopo uno scrupoloso esame, dichiarò che le due ragazze potevano facilmente essere felici, separandole mercè un'operazione chirurgica. Gli organi vitali erano distinti e separati nei due corpi.

— Dunque — dicevano i medici — l' operazione di separare la giuntura dei due addomi non deve essere difficile.

Il 22 luglio ultimo parecchi celebri chirurghi procedettero all'operazione delle due ragazze nella clinica del dott. Alvaro Ramos.

Dopo averle anestetizzate, i chirurghi cominciarono l'incisione della membrana di congiunzione, ma dovettero subito arrestarsi e rinunziare all'operazione. I reni delle ragazze erano siffattamente uniti, che fu vista l'impossibilità di separarli.

E così le due ragazze dovranno continuare a vivere inseparabilmente.

GAZZETTINO

MONACO. *Progetto per la costruzione di un nuovo bagno popolare.*—La Società tedesca per i bagni popolari ha invitato gli architetti e gli ingegneri tedeschi a presentare un progetto per la costruzione di un nuovo bagno popolare.

Al vincitore sarà assegnato un premio di 3000 marchi. Fra i membri della commissione scelta all'uopo, notiamo il prof. Layar e i professori Pistor e Rubner.

MONACO. *Croce Rossa.*—Dal 12 al 15 agosto ebbe luogo la quarta riunione fra gli amministratori e i medici tedeschi appartenenti alla Croce Rossa.

BADEN-BADEN.—*Al VII Congresso veterinario internazionale*, che si tenne la settimana scorsa ed al quale presero parte i rappresentanti di 32 Stati, l'Italia era rappresentata dal prof. Perroncito. Riguardo alla visita delle carni il Congresso deliberò: 1° Di adoperarsi a richiamare l'attenzione dei

Governi sulla necessità della ispezione obbligatoria delle carni; 2° Che la ispezione delle carni sia esclusivamente affidata ai veterinarii; 3° Che dove se ne riconosce il bisogno, si migliori l'insegnamento ora impartito dalle scuole veterinarie sulla ispezione delle carni; 4. E, finalmente; che cessando dall'essere empirica, da ora in poi, la ispezione delle carni si faccia in base a principii sanzionati dalla scienza. Il dottor Lorenz riferì sulla prevenzione del *male rossino* con siero immunizzante, ed il prof. Perroncito sulle vaccinazioni contro il colera o pneumoenterite infettiva dei suini.

Le vaccinazioni contro il male rossino furono raccomandate per tutti i centri infetti, quelle contro l'*Hog cholèra*, dovunque si manifesti quella malattia.

Il Congresso si chiuse il 12, dopo di [avere deliberato ad unanimità che:

1° Gli studenti di medicina veterinaria debbono possedere la licenza liceale;

2° La durata degli studi sia almeno di otto semestri;

3° Gli insegnamenti siano più pratici, sostituendo alle lezioni teoriche le lezioni sui preparati e sulle cose;

4° Lo studio della medicina veterinaria debba estendersi a tutto gli animali utili all'agricoltura;

5° Vengano creati nelle scuole istituti d'Igiene destinati all'insegnamento ed allo studio sperimentale dell'etiologia e della profilassi delle malattie specialmente epizootiche;

6° L'insegnamento dell'ispezione delle carni esige un'istruzione pratica speciale in un pubblico mattatoio.

STRASBURGO. *Per lo studio delle donne.*—Avendo stabilito il Consiglio accademico dell'Università di Strasburgo, che tutte le donne le quali hanno ottenute la docenza, possono dettar lezione nell'Università medesima, è reso possibile, in tutte le Università tedesche, lo studio alle donne.

BRÜM. *Contro il ciarlatanismo medico.*—Il Consiglio dell'ordine dei medici di Brüm in Moravia, nella sua ultima seduta si è occupato del ciarlatanismo invadente in fatto di medicina. Epperò si è scagliato contro questi pseudomedici, prendendo nota dei principali fra essi che risiedevano a Brüm e invitando i colleghi ad invigilare in modo da deferirli in seguito al potere giudiziario, per esercizio illecito ed abusivo di professione.

HALLE. *Una festa commemorativa al prof. Weber per il suo 70° compleanno.* — Il prof. Weber direttore della clinica medica di Halle ha compito il 18 agosto il suo 70° anno di età. Questo giorno di festa per la sua famiglia è stato anche festa per i colleghi e i suoi numerosi scolari i quali nell'offrirgli una pergamena, hanno espresso l'auguro di potergli festeggiare in avvenire il suo centesimo anno. Il Weber, scienziato e medico insigne è figlio del defunto prof. Enrico Weber anatomico e fisiologo illustre, nonchè nipote del teologo Michele Weber, nacque in Lipsia il 18 agosto 1829. Fu eletto professore straordinario nel 1858 e dopo tre anni fu nominato ordinario.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo—Palermo

1. A. Bormans. Sopra due casi di meningite otitica con esito in guarigione. Estratto dalla *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* 1899.
2. G, D'Urso e A. de Fabin. Chirurgia dell'uretere. Estratta dal *Supplemento al Policlinico* 1899.
3. G. D'Urso e E. Trocello. Anastomosi latero-laterale del deferente. Estratto dal *Supplemento al Policlinico* 1899.
4. A. Motta-Coco e S. Drago. Contributo allo studio delle cause predisponenti alla pulmonite crupale. Estratto dalla *Gazzetta medica di Torino* 1899.
5. A. Motta-Coco e S. Drago. Reperto ematologico in un caso di scorbuto. Contributo alla genesi della coagulazione del sangue. Estratto dal *Bollettino dell'Accademia Gioenia di Scienze naturali in Catania* 1899.
6. G. Custa. Contributo clinico allo studio delle stenosi intestinali consecutive agli incarceramenti erniarii. Invaginamento parziale dell'ileo e aderenza epiploica complicanti la stenosi. Estratto dalla *Clinica moderna* 1899.
7. E. De Lutiis. Nuovo apparecchio per la dilatazione uretrale (*dilatatore catetere*). Estratto dagl'*Incurabili* 1899.
8. F. Massei. Les affections parasyphilitiques du larynx Estratto dagli *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* 1899.
9. U. Deganello. Azione della temperatura sul centro bulbare inibitore del cuore e sul centro bulbare vasocostrittore. Estratto dalla *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* 1899.
10. U. Grandi. Della sutura immediata di vescica dopo il taglio ipogastrico. Imola, Galeati 1899.
11. L. Simonetta. Le misure di profilassi di un laboratorio di bacteriologia. Siena, S. Bernardino 1899.
12. Zinno. L'uremia. Napoli 1899.

PICCOLA POSTA

M. G. Pannaconi. A suo tempo ricevemmo il saldo del 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Milano. Istituto politerapeutico (*Corso Venezia* 27). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Macello. (*Torino*). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 1000 più 150 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

ZOOLOGIA MEDICA ED EPIDEMIOLOGIA DELLA MALARIA

L'uomo è un'indiscutibile sorgente di infezione sia sperimentale che naturale. Si sa che quando s'inocula ad un uomo sano una quantità anco piccolissima di sangue malarico, si riproduce non solo quest'infezione, ma ancora il tipo di febbre con i relativi emosporidi. E' noto che un malarico si può tenere in mezzo ad altri individui purchè non vi siano zanzare capaci di pungere l' infetto e poi le persone sane.

Per Laveran e Manson le zanzare succhierebbero il sangue malarico; i parassiti, anzi i flagelli, considerati come parassiti perfetti, verrebbero coltivati nel corpo della zanzara; questa morendo infetterebbe l'acqua, e, bevendo l' uomo quest' acqua, potrebbe contrarre l'infezione palustre.

Ma ciò non è stato giudicato esatto dagli studii di Ross, Grassi, Bastianelli e Bignami: l'infezione circola dall'uomo alla zanzara e da questa a quello. Ma in questo circolo è propriamente indispensabile la presenza dell'uomo? Quel che sia avvenuto originariamente non si sa. Se la malaria si potesse trasmettere indipendentemente dall' uomo malarico, bisognerebbe ammettere la trasmissione ereditaria o no da zanzara a zanzara: si capisce allora come la profilassi sarebbe difficile. Ma se, invece, una zanzara non nasce infetta, ma s' infetta solo pungendo un malarico, la profilassi sarà facile, ed acquisterà una capitale importanza l'isolamento dell'uomo infetto da malaria. La trasmissione ereditaria dell'infezione avviene da zecca a zecca nella malaria dei bovini. Il Ross, nella malaria degli uccelli, descrisse nel corpo delle zanzare le cosidette spore nere, che suppose essere le spore durature, le vere spore resistenti dell'emosporidio della malaria: ma, secondo il Grassi, si tratta di spore appartenenti ad un altro sporozoo, ricordante molto i corpuscoli di Cornalia del baco da seta. Finora non si conoscono spore durature, provenienti, come nei coccidii, dalla vita sessuale degli emosporidii della malaria: spore cioè che resistano nell'ambiente indipendentemente dalla vita della zanzara. Siffatta trasmissione ereditaria potrebbe, secondo il Grassi, avvenire in due modi: o il germe è addirittura nell'uovo, donde poi passa alla larva, alla ninfa, alla zanzara adulta; oppure le larve mangiano, nelle acque stagnanti, coi varii detriti, anche gli avanzi del corpo delle zanzare madri infette, e così s'infettano a lor volta. Finora però, nè morfologicamente nè sperimentalmente è possibile dimostrare la trasmissione ereditaria dell'infezione da zanzara a zanzara, nè per le uova nè per le larve che mangino eventuali spore. Forme durature e capaci di vivere nell'ambiente, fuori del corpo delle zanzare, ancora non si conoscono.

Dove c'è malaria abbondano le zanzare; ma, viceversa, non in ogni luogo ove abbondino zanzare vi è malaria. Il Grassi ha visto che nei paesi malarici vivono particolari specie di zanzare, le quali mancano nei paesi immuni. Il Ficalbi ammette tre generi di culicidi europei: *culex*, *anopheles*, *aëdes*. La diagnosi differenziale, che c'interessa, tra il genere *culex* ed il genere *anopheles* si fa dalle appendici dell'apparato boccale. Nei culicidii il pungiglione è fatto a vagina scanalata, terminante in un rigonfiamento finale che dicesi oliva: lateralmente al pungiglione vi sono due palpi e due antenne più o meno ramificate. Ora nel genere *anopheles*, sia nel maschio che nella femina, i palpi sono lunghi quanto il pungiglione; mentre nel genere *culex* i palpi sono nella femina molto più corti del pungiglione. Il Grassi dimostrò che le zanzare capaci di ospitare il parassita malarico e d'infettare l'uomo appartengono al genere *anopheles*, e tra queste la zanzara che non manca mai nei siti malarici, quindi vera spia della malaria è l'*anopheles claviger* o *maculipennis* (Fabricius e Meigen), così detta perchè ha su ciascuna ala quattro macchiette nere, disposte a forma di un T cui manchi una parte della branca trasversale. Così Grassi, Bignami e Bastianelli dimostrarono che sono capaci di coltivare e trasmettere la malaria anche l' *anopheles superpictus*, *l'anoph. pseudo-pictus*, l'*anoph. bifurcatus*. La zanzara comune e le specie affini del genere *culex*, molto più diffuso del genere *anopheles*, sono gli ospiti definitivi e quindi la sorgente ed il veicolo della diffusissima malaria degli uccelli. Che alcune specie di *culex* (*penicillaris* e *malariae*), che il Grassi ha trovato anco in luoghi malsani, possano pure trasmettere la malaria dell' uomo non è probabile; come ancora non è probabile che lo pos-

sano altri insetti succhiatori di sangue dell'uomo e degli animali, ed appartenenti ai generi *ceratopogon*, *simulia*, *phlebotomus*. C'è da vedere se anco le specie parassitarie senza pigmento, quali s'incontrano raramente nell'uomo, più spesso nel pipistrello, si trasmettano per opera di zanzare, o, invece per opera di qualche acaride (Grassi). C'è da vedere se gli anosporidii del pipistrello, molti analoghi a quelli dell'uomo, conformemente ai risultati positivi ottenuti dal Dionisi, possano essere una sorgente di malattia per l'uomo.

E' scossa così l'antica teoria, per la quale la malaria si citava come l'esempio più classico di malattia del terreno, al pari e forse più del carbonchio e del tetano. I germi della malaria, fuori dell'uomo, non vivono direttamente nel terreno ma nel corpo della zanzara; ed il terreno acquista, come sorgente d'infezione, un posto secondario, indiretto; esso occupa così un posto nella categoria delle cause epidemiche indirette, predisponenti o rispettivamente immunizzanti verso le epidemie di malaria (Celli e Valenti, Silvestrini).

Appare anche infondata l'ipotesi che l'acqua possa essere sorgente di infezione; l'acqua può essere, ed è certamente, luogo di vita delle uova, delle larve e delle ninfe, che poi potranno divenire sorgente e veicolo d'infezione; quindi anch'essa passa nel novero delle cause predisponenti o immunizzanti.

Dire della vita dei germi della malaria nell'ambiente significa far la storia della vita e dei costumi delle zanzare. E' noto che le zanzare vivono nei luoghi umidi e bassi; esse attraversano nella loro vita le fasi di uovo, larva, ninfa, insetto: allo stato di uovo, larva e ninfa vivono nell'acqua: la vita della zanzara perfetta è aerea. Da ogni barchetta di *culex* (ova) deposta e galleggiante alla superficie dell'acqua stagnante nascono sino a 200 e più larve, le quali vivono nell'acqua nutrendosi dei detriti organici sospesi nell'acqua, venendo spesso alla superficie per respirare. Le zanzare aeree vivono in luoghi umidi e scuri: di giorno si nascondono sotto i ponti, nelle grotte, cantine, stalle, boschi, alberi; nel vespro escono all'aperto ed assaltano l'uomo e gli animali: nell'inverno molte muoiono. Così si spiega perchè la malaria si prende specialmente di sera e di notte, e perchè si può prendere anco la malaria di giorno dormendo, in luoghi malarici, sotto un albero o dentro una grotta. In genere pungono più le femine che i maschi. Nel genere *anopheles* le uova sono disposte a nastri, a stelle galleggianti (Grassi) nelle acque chiare pochissimo correnti e stagnanti, ove non sono molte altre uova o larve del genere *culex*. Le larve di esse, venendo a galla per respirare, non si dispongono, come quelle di *culex*, obblique, ma orizzontali. Le ninfe hanno figura di punto interrogativo e fanno nell'acqua vivaci capriole. Si è potuto stabilire che per ogni generazione di *anopheles claviger* occorrono almeno 40-45 giorni.

Come le larve hanno dei nemici, per es. i pesci, così le zanzare aeree hanno i loro nemici negli uccelli ed in certe libellule; ma per la loro grande fecondità assicurano ad esuberanza il mantenimento della specie. Tanto le larve, quanto specialmente le ninfe oppongono notevole resistenza agli agenti naturali, all'essiccamento, al freddo, alla putrefazione dell'acqua in cui vivono (Celli e Casagrandi). Esse possono anco vivere nelle acque salate, solfuree (Ficalbi, Celli e Casagrandi).

Come dev'essere oggi interpretato l'ufficio dell'aria come veicolo di trasmissione della malaria? Si sa che la malaria è un'epidemia eminentemente autoctona o localistica e non si trasmette che a limitata distanza in qualunque direzione. Si sa che le ore in cui i germi malarici sono più copiosi nella atmosfera sono quelle del vespro, del tramonto e della notte: questi germi si producono in focolai limitati e si propagano a limitata distanza in senso così orizzontale, che trasversale e verticale; i venti non trasportano questi germi e piuttosto valgono a diminuirne la carica nell'atmosfera; i boschi invece di filtrare i germi malarici, possono esser focolai di questa infezione. Tali assiomi sono strettamente legati alla teoria che il germe malarico è coltivato, trasportato ed inoculato per opera delle zanzare, le quali di giorno vivono nascoste e riparate, mentre escono a pungere l'uomo nella sera e nella notte; non si allontanano molto dal luogo ove son nate, e si alzano a poca altezza nell'aria: quando tira vento non escono di solito dai loro nascondigli: i boschi ombrosi ed umidi ed in genere gli alberi sono il nido delle zanzare. La zanzara, quindi, oltre che sorgente è anco veicolo dell'infezione malarica: e questo veicolo è il solo direttamente ed indubbiamente finora dimostrato (Celli, Grassi, Bastianelli e Bignami).

Ma vi ha qualche altro veicolo d'infezione malarica, oltre quello delle zanzare? Certamente il terreno non si presta, giusta le esperienze del Celli. Resta l'ipotesi dell'acqua (Ippocrate, Lancisi, Boudin); ma sino al presente, malgrado la credenza popolare, non si può addurre un esempio indiscutibilmente certo di trasmissione della malaria per mezzo di acqua di siti malarici (esperienze di Celli, Brancaleone, Zeri, Salomone-Marino).

Non è nemmeno per ora da parlare della *plasmodiophora brassicae* del Woronin.

Cosicchè, riassumendo, finora il veicolo certo ed insieme la sorgente certa dell'infezione malarica sono delle speciali zanzare; e l'aria in tanto è veicolo di malaria in quanto è veicolo delle zanzare malariche.

La via di penetrazione più indiscutibile dei germi della malaria nell'organismo, è la pelle che vien punta dalla proboscide con la quale la zanzara infetta inocula i suoi sporozoiti. Una stessa zanzara in una sola notte può pungere molte persone. Nulla fa ritenere che i germi entrino per la via dello stomaco, dei polmoni.

Tra le cause predisponenti od immunizzanti stanno dapprima quelle organiche di predisposizione o d'immunità (perfrigerazione del corpo: Orazio, Baglivi, Morichini, Santarelli, Folchi, Brocchi, Minzi, Oldham, Baker; età: i bambini sono attaccati di più, la mortalità secondo il Celli è maggiore tra 5-20 anni).

Ora esiste un'immunità per la malaria? Per quel che riguarda l' immunità naturale si sa che certe specie di animali, massimamente indigene, non vengono colpite dalla malaria (Celli); ma non vi ha, secondo il Maurel, alcuna razza immune dalla malaria, nemmeno la razza nera che alcuni dicono refrattaria. Ma gli uomini, adattandosi a resistere, acquistano una relativa immunità contro la malaria (Celli). Vi sono però individui immuni nel modo più assoluto per ragioni organiche, intrinseche. E' poco probabile che questi individui sieno immuni perchè abbiano nel siero del loro sangue dei principii immunizzanti (esperienze del Celli). Per regola poi gli individui che hanno sofferto la malaria sono più predisposti degli altri alle infezioni nuove; quindi di regola si verifica il contrario di una immunità consecutiva: però il Celli riferisce dei casi in cui effettivamente può parlarsi di un'immunità acquisita. Si può, infine, ottenere un' immunità artificiale? dalle esperienze del Celli risulta che, come non si può dimostrare una tossina pirogena malarica, non si può dimostrare nemmeno una relativa antitossina.

Tra le cause fisiche o localistiche di predisposizione o d' immunità bisogna annoverare il terreno, l'acqua, la quale è necessaria allo sviluppo della malaria in quanto è necessaria alla vita delle larve delle zanzare malarifere. Ma per la produzione localistica della malaria non sono condizioni indispensabili nè le grandi paludi, nè la putrefazione, e nè le mescolanze di acque dolci e salate. Anche l' aria ha una massima importanza tra i fattori predisponenti localistici della malaria. La vera e propria stagione malarica è nel secondo semestre dell'anno; le sue propagini, per lo più di febbri recidive, si prolungano poi per tutto il primo semestre dell'anno successivo, gradatamente declinando dal gennaio al giugno.

Tra le cause sociali, infine, agiscono le abitazioni, l'alimentazione impropria, il vestiario, il lavoro, l'educazione.

BIBLIOGRAFIA

Tommasi-Crudeli. *Ann. di agricol.* 1883, 1884, Congr. int. di scien. med. Copenaghen, 1886. —Bignami. *Policlinico,* 1898.—Dionisi. Acc. dei Lincei 1898. — Grassi. Acc. dei Lincei 1898. Celli. La malaria, Roma 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo
diretta dal prof. I. TANSINI

CONTRIBUTO ALLA GENESI EMBRIONALE DI UN ADENO-EPITELIOMA CISTICO PRIMITIVO DELL'OMBELICO

Dottor Abele Ajello
Docente di patologia chirurgica

(*Cont.— V. num. prec.*)

Etiologia del tumore. — Non è tanto facile nel caso presente dire quale sia stata la genesi del neoplasma, il suo punto di origine, il substrato anatomico da dove esso proviene, data appunto la specificità del reperto istologico e la ristrettezza di esatte cognizioni che si hanno dei tumori dell' ombelico, i quali sono abbastanza rari nell'adulto e poco conosciuti.

Stando alle leggi oncologiche di Pander e di Remak, di Müller e di Virchow che, mentre regolano tutte le produzioni organiche fisiologiche, valgono anche a spiegare la provenienza di ogni tumore da elementi preesistenti della stessa natura, devesi ritenere che l'adeno-epitelioma possa avere avuto origine da elementi ghiandolari della regione. Or la cicatrice ombelicale o ombelico ha una struttura anatomica delle più semplici, esso invero risulta costituito dall'anello ombelicale, anello fibroso, aponeurotico, espansione della linea alba, ricoperto in avanti da pelle fina e sottile fornita di tutti gli attributi della superficie cutanea, e indietro dalla pagina peritoneale che aderisce intimamente alla pelle, ed è attraversato da elementi fibrosi, vestigia degli elementi costitutivi del cordone ombelicale. Di modo che è lecito sospettare che l' adeno-epitelioma possa avere avuto origine dagli elementi ghiandolari che nell' ombelico risiedono esclusivamente nella pelle, cioè o dal sistema pilo-sebaceo o dal sistema sudoriparo.

Però basandomi sulle proprietà istologiche riscontrate nei miei preparati, nei quali è manifestissima e completa tanto la forma tubulare o ghiandolare dell'epitelioma, quanto la distinzione degli elementi proprii di esso da quelli del corpo mucoso del Malpighi, debbo rigettare l' origine del neoplasma dal sistema ghiandolare sebaceo. Poichè gli epiteliomi che partono dai follicoli piliferi e dalle ghiandole sebacee prendono la forma lobulata e gli elementi neoformati riproducono fedelmente quelli dello strato malpighiano, con formazione anche di vere perle epiteliali. Nè ciò deve

recarci meraviglia, giacchè sappiamo per le conoscenze embriologiche, che la vagina radicale esterna del pelo non è altro che un prolungamento, una invaginazione dello strato mucoso, e quindi come questo risulta di un epitelio pavimentoso stratificato; e che le ghiandole sebacee follicolari nascono appunto da proliferazioni locali della guaina esterna della radice. In principio del loro sviluppo esse ghiandole hanno il valore di tubi ghiandolari embrionali, cioè sono semplici prolungamenti, appendici o cordoni epidermici pieni, che hanno tendenza a munirsi di un lume centrale; in tal guisa ha origine il breve condotto escretore, rivestito dall'epitelio pavimentoso stratificato, il quale, diminuendo man mano nel numero dei suoi strati, si trasforma infine verso il suo estremo nel semplice rivestimento epiteliale dell'acino.

Molto dissimile dunque è la struttura dello strato epiteliale dei tubi ghiandolari del tumore, da quella che ci offre l'acino sebaceo: qui lo strato parietale dei fondi ciechi è costituito di basse cellule cubiche, che, pel loro

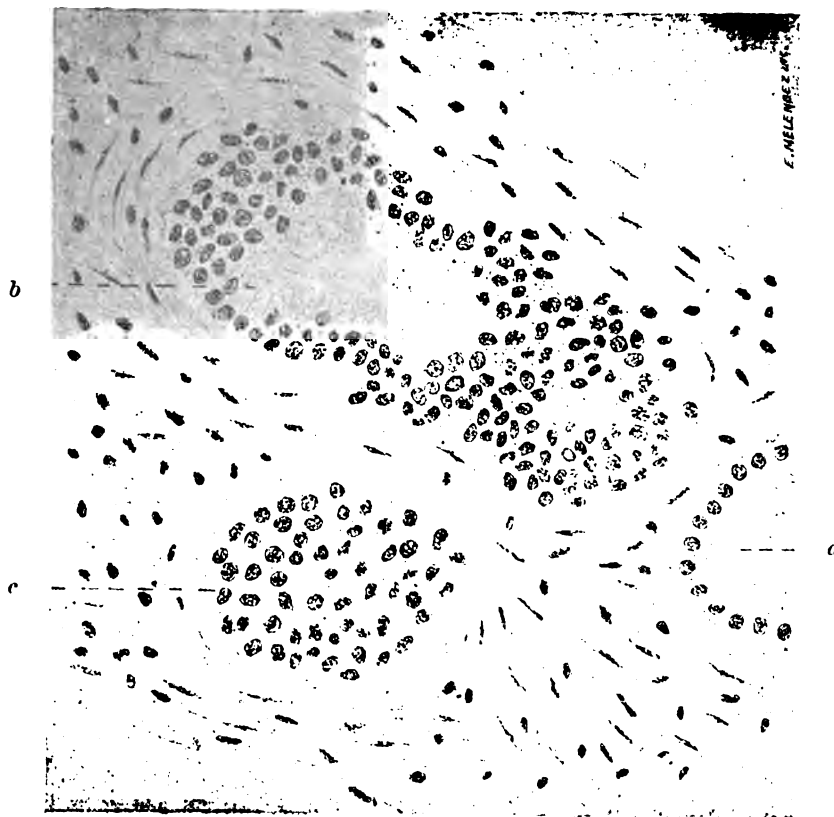



Fig. IV.

carattere protoplasmatico e per la costituzione dei loro nuclei in quiescenza od in mitosi, dobbiamo ritenere come lo strato generatore degli elementi più interni che si mostrano di differente struttura e morfologia (voluminose, irregolarmente poligonali, con nucleo piccolo, sformato, poco tingibile) e presentano tutte le fasi evolutive sino alla trasformazione sebacea.

Inoltre mai nel tumore furono osservati rapporti diretti tra tessuto adenoideo e follicoli piliferi, nè tampoco esisteva la constatazione di condotti escretori, rivestiti da varii strati di cellule epidermoidali; proprietà queste che si riscontrano nelle produzioni patologiche che partono dal sistema pilo-sebaceo.

Viceversa le produzioni epiteliali provenienti dal sistema sudoriparo reggerebbero alquanto al paragone, in quanto che offrono, ad un esame istologico grossolano, alcuni punti di contatto col reperto da me osservato; infatti si è attribuito agli epiteliomi delle ghiandole sudoripare la facoltà di raggiungere sempre il tipo ghiandolare, per come si è riscontrato nel tumore. Non ostante le contrarie asserzioni del D a r i e r, non sempre esatte invero, che tenderebbero a negare questa uni-

formità di tipo, numerose osservazioni fin qui pubblicate, tendono ad ammettere che gli epitelii neoformati delle ghiandole sudoripare sono destinate a ripetere l'esatto tipo di quelli dai quali provennero, riproducendo l'epitelioma tubolare o ghiandolare. Vero è che sotto uno stimolo intenso, o per una esagerata proliferazione, spesso non arrivano più a raggiungere la forma delle loro cellule matrici e diventano, per così dire, atipici rimanendo al tipo giovane, embrionale, ma sono sempre differenziabili dalle cellule malpighiane. E, se, per la teoria della cheratinizzazione degli elementi epiteliali in genere (Fabre-Domergue), anche gli epitelii delle ghiandole sudoripare possono, allorchè per l'ulcerazioac dei tessuti soprastanti vengono a contatto col mondo esterno, trasformarsi in elementi cornei, ritornando al tipo degli elementi cornei dell'ectoderma, essi però non raggiungono mai il tipo degli elementi spinosi del corpo mucoso del Malpighi, dai quali si possono distinguere e differenziare.

Non ostante questi punti di contatto, cioè forma ghiandolare dell'epitelioma e completa distinzione degli elementi proprii di esso da quelli dei prolungamenti interpapillari dell'epidermide, pure esiste una nota discordante data dal carattere fisico e morfologico, essenzialmente differente, dell'epitelio che tappezza i tubi ghiandolari del tumore, da quello che riveste le pareti delle ghiandole sudoripare e dei loro condotti escretori, il quale è costituito di cellule epiteliali cubiche. Di poi nel campo del tumore non fu possibile notare qualche glomerulo sudoriparo o vestigia di esso, che potesse illuminare, nè tampoco fu dato riscontrare in qualche punto la connessione di accumoli epiteliali o di tubi ghiandolari con canali escretori delle ghiandole sudoripare, che sorgendo profondamente, con cammino tortuoso o rettilineo, arrivano all'epidermide, da dove riprendendo una direzione ad elica sboccano alla superficie di essa. Di modo che la mancanza di queste note istologiche che solitamente si ha occasione di potere riscontrare in simili alterazioni mi autorizzano a negare anche la origine sudoripara del tumore.

Escluso dunque che possa trattarsi di una origine da elementi fisiologici preesistenti della stessa natura, non rimane che pensare solo alla possibilità di una genesi embrionale, dal momento che sembra strano il dovere assegnare ad un parassita, qualunque sia la specie cui esso appartenga, il potere di provocare con la propria presenza la riproduzione esatta della struttura di organi, con la conservazione talora della funzionalità, ciò che invece naturalmente si spiega con la teoria delle inclusioni embrionali o teoria embriogenetica (Durante-Cohnheim), la quale potrà forse, per le moderne ricerche dell'origine parassitaria dei tumori, staccare da sè qualche forma non ben caratterizzata nè morfologicamente nè clinicamente, ma non per questo scemerà della sua alta importanza.

Per comprendere la genesi e lo sviluppo del presente tumore da inclusioni embrionali è necessario richiamare sommariamente alcune conoscenze di embriologia.

Il ripiegamento del blastoderma accade tanto verso la estremità cefalica e caudale, quanto verso le parti laterali dei rudimenti embrionali, e, crescendo da ogni lato le cime di queste pliche le une verso le altre, si forma una doccia largamente aperta in avanti, che rappresenta l'abbozzo delle pareti addominali: i margini di questa doccia crescendo sempre si riuniscono infine e si saldano in avanti e formano la parete addominale: la linea alba infatti è la cicatrice di unione di queste lamine.

Ma questa fusione non è completa, nel centro persiste un'apertura designata sotto il nome di orificio ombelicale cutaneo, che dà passaggio al condotto omfalo-mesenterico nel periodo embrionale ed al peduncolo dell'allantoide nel periodo fetale.

Mentre in tal modo formasi la parete laterale ed addominale dell'embrione, la stessa evoluzione presiede nello interno della cavità del corpo alla formazione dell'intestino, il quale forma dapprima una doccia aperta in avanti e largamente comunicante con la cavità del distretto extra-addominale del blastoderma, detta oramai sacco vitellino o vescicola ombelicale. I margini di questa doccia man mano crescendo restringono l'ampia apertura e ne risulta un tubo cavo (intestino) esteso dal cardias all'estremità inferiore del retto; però la occlusione in quel dato punto resta provvisoriamente incompleta, giacchè l'intestino rimane per qualche tempo ancora in comunicazione col sacco ombelicale per mezzo di un dòtto chiamato dòtto omfalo-mesenterico od ileo-ombelicale.

La sua struttura è precisamente quella del

tenue, cioè è costituito da due strati, l'interno o foglietto intestino-ghiandolare e l'esterno o foglietto fibro-intestinale.

A misura che procede lo sviluppo dell'embrione, la vescicola perde la sua importanza ed il canale omfalo-mesenterico, non avendo più ragione di sussistere, scompare normalmente verso l'ottava settimana della vita intrauterina. Qualche volta però persiste sotto forma di diverticolo (diverticolo di Meckel), che si inserisce costantemente sull'ultima porzione dell'ileo ad una distanza varia dalla valvola ileo-cecale, e per lo più nasce dal bordo convesso dell'intestino qualche volta da una delle facce laterali, rarissimamente a livello della inserzione del mesentere: può avere l'estremità libera e fluttuante ovvero aderente intimamente all'ombelico: a cui livello pel dato e fatto di questa particolarità embrionale si svolgono una serie di importanti anomalie e di produzioni patologiche, congenite od acquisite, che nel corso di questi ultimi anni sono state esattamente descritte ed interpretate.

Ma, non potendo ammettere nel caso presente la possibilità della persistenza di tale diverticolo intestinale, giacchè la ispezione a ventre aperto lo escluse assolutamente, si può ammettere invece che residui del dòtto possano rimanere annidati, coinvolti, strozzati nel processo di formazione dell'ombelico cutaneo ed ivi possano soggiornare come germi embrionali inerti.

Questi brevi cenni embriologici e teratologici, che credo sufficienti al mio scopo, mentre da un canto fanno risaltare l'intimo nesso esistente tra l'ombelico ed il dòtto e la possibilità di riscontrare nella cicatrice ombelicale elementi caratteristici delle pareti intestinali, dall'altro canto mi esonerano dal tener conto di altri rapporti intimi (e conseguenti possibili inclusioni fetali) che organi placentari contraggono egualmente con l'orifizio ombelicale; giacchè la struttura anatomica di questi resti allantoidei, a differenza della struttura prevalentemente giandolare del dòtto, non può riuscire a rischiarare la patogenesi del presente neoplasma.

La presenza di queste inclusioni embrionali a livello della cicatrice ombelicale non sembra costituire un'entità teratologica abbastanza rara; la patologia infatti ha dimostrato che buona parte delle alterazioni morbose, sia congenite sia acquisite, dell'ombelico traggono origine da questi germi di epitelio aberranti, che agiscono da istomatrice. Giacchè se essi possono soggiornare in grembo alla cicatrice come nuclei inerti ed indifferenti per un periodo di tempo, possono però per determinati eccitamenti (causa irritativa, stimolo, frequente a riscontrarsi nell'infundibolo ombelicale predisposto allo accumulo di impurità, difficilmente rimuovibili specie nelle persone grasse) proliferare attivamente e produrre date neoformazioni, alle quali sono da natura predisposti, cioè veri adenomi, che risultano costituiti dagli stessi elementi della parete intestinale (Ziegler).

Mi pare dunque, arrivato a questo punto, di vedere molto rischiarata la patogenesi del tumore da me studiato: quei tubi ghiandolari caratteristici che costituiscono l'elemento prevalente della neoformazione e che non ho potuto identificare per alcuno dei sistemi ghiandolari della pelle, si debbono per le proprietà speciali dell'epitelio di rivestimento attribuire a ghiandole intestinali o di Lieberkühn, che abbiano subìto notevoli alterazioni di numero e di grandezza; e per conseguenza debbo concludere che la genesi del tumore è embrionale, risiede cioè su germi del dòtto omfalo-mesenterico rimasti inadibiti nella differenziazione dei tessuti della cicatrice ombelicale.

(continua)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE DELLA CHARITÈ DI PARIGI

D.r Labadie-Lagrave e Deguy

Associazioni patologiche della stenosi mitrale ed importanza dell'eredo-sifilide nella sua etiologia. — Quasi contemporaneamente s'ebbero tre ammalate affette da stenosi mitralica, nelle quali si osservarono in concomitanza altri sintomi interessanti. Una di esse presentava i segni evidenti della stenosi: fremito felino, sdoppiamento del 2° tono, soffio presistolico. Non c'era stato reumatismo, onde si fece diagnosi di stenosi mitrale pura congenita. Ma l'inferma diciannovenne, presentava una faccia speciale, labbra pallide e grosse rovesciate in fuori, mucose scolorate, naso slargato; ed il fatto che colpì più di tutto l'attenzione fu l'enormezza delle mammelle, la quale aveva cominciato all'età di 14 anni, quantunque la ragazza non fosse stata mai mestruata, sebbene leucorroica.

Nessun fatto nell'anamnesi dava spiegazione di questo sviluppo esagerato, non c'erano antecedenti tubercolari.

Labadie-Lagrave e Deguy sono tentati

di vedere in quest' anomalia una stimmata di degenerazione, e la coesistenza delle due affezioni, ipertrofia mammaria o stenosi mitrale, dimostra che havvi un vizio evolutivo la cui causa risale al di là dell'ammalata stessa, e che v' ha una specie di tara congenita di cui la sifilide ereditaria potrebbe essere ben stata in alcuni casi un fattore di prim' ordine. In quest' inferma, senza potere affermare la sifilide, la non si può nemmeno negare.

Nella 2ª malata non si trova eredità tubercolare essa fu mestruata tardi, all'esame presentò segni della stenosi mitralica. Essa però fu operata 10 anni prima di labbro leporino. Esaminando con attenzione la bocca, s' osserva la forma ogivale della volta palatina ed un'esostosi medio-palatina. Senza dubbio nulla nella storia di quest' ammalata permette d'affermare la sifilide negli antenati, pure il medico deve pensarvi e, malgrado l'inesistenza di prove evidenti, deve conservare forti presunzioni.

La terza ammalata di 19 anni, è ancora più interessante. Essa fu mestruata a 17 anni, ma le mestruazioni sono state irregolari. L'esame del cuore svela l'esistenza d'una stenosi mitralica. Sono importanti le stimmate distrofiche presentate da questa giovane: ha essa in primo luogo tutti i caratteri dello infantilismo, presenta anche una scoliosi dorsale a concavità diretta dal lato destro con deformazione compensatrice della regione lombare in senso inverso, torace ristretto e con deformazioni pronunziate specialmente a livello delle articolazioni condro-sternali sinistre,denti mal piantati ed incavature semilunari nei suoi incisivi. Insomma in quest'ammalata si constatarono l' associazione di quattro grandi sintomi distrofici: l'infantilismo, la scolio , la stenosi mitralica e lesioni dentarie. Bisogna riconoscere che questa sindrome risente molto davvicino dell'eredo-sifilide.

Da parecchi anni Huchard non esita a mettere un certo numero di casi di stenosi mitralica congenita sul conto dell'eredo-sifilide. La stenosi mitralica e l'infantilismo sono due disturbi di sviluppo ad evoluzione parallela, senza relazioni causali fra loro, ma derivanti dagli stessi processi patologici.

I fatti di stenosi mitralica d'origine eredo-sifilitica non è la sola manifestazione cardiaca di quest'affezione: Huchard ha osservato due casi di stenosi polmonare nettamente eredo-sifilitica; Labadie-Lagrave va più lungi, giacchè egli ritiene che alcuni casi di distrofie cardiache congenite, perforazione del foro di Botallo, del setto interventricolare sono lesioni consecutive all' eredosifilide, la quale, per il turbamento che determina nella circolazione o nella nutrizione cardiaca, impedisce lo sviluppo fisiologico dei setti membranosi che separano i due cuori.

Fournier e Papillon riferiscono delle osservazioni che dimostrano come l'eredo-sifilide entri talvolta in campo nella genesi della stenosi mitralica.

In questi casi di stimmate distrofiche dell'eredosifilide che si possono osservare sul cuore, non si tratta di lesioni di natura sifilitica, ma di disturbi para-eredo sifilitici.

OSPEDALE NECKER DI PARIGI

Prof. Huchard

L' asistolia nelle cardiopatie arteriose e nelle cardiopatie venose. — Nella cardiosclerosi gli accessi d' asistolia sono spesso bruschi, essi presentano dei caratteri acuti che non s'incontrano allo stesso grado e nella stessa forma nelle affezioni semplicemente valvolari. In quest'ultime si può quasi prevederli, e l'insufficienza del miocardio aumentante progressivamente si misura dagli edemi periferici e dalle congestioni ripetute che invadono i visceri ed i tessuti, dalla scarsezza dell' urina, dalla diminuzione dello *choc* precordiale e da tutti i segni dell'astenia cardiaca. Il decorso delle cardiopatie valvolari ubbidisce a leggi quasi previste a priori. Nelle cardiopatie vascolari, l' asistolia scoppia nel modo più acuto, ed all'impensata, essa può essere accompagnata da edema, da anasarca o da iperemia passiva; ma fin dall'inizio può esplicarsi senza edema periferico e senza congestioni viscerali, è un'asistolia nel vero senso della parola perchè il cuore solo sembra affetto ed esso subisce una dilatazione acuta preparata da lungo tempo dalle lesioni insidiose e latenti del muscolo cardiaco.

In un caso s'ha dunque astenia cardio-vascolare, indebolimento del cuore e dei vasi con diminuzione della tensione arteriosa, nell'altro eretismo vascolare e dilatazione cardiaca con ipertensione. La differenza è grande dal punto di vista clinico: essa continua anche nel dominio della terapia. Nelle due asistolie, la terapia cerca di ricondurre l'equilibrio rotto nelle due tensioni vascolari. Ma nella prima si tratta di rialzare la pressione arteriosa indebolita, nella seconda bisogna invece abbassarla. In quella sono indicati i tonici del cuore e dei vasi, la digitale ed i principali farmaci cardiovascolari, in questa bisogna ricorrere piuttosto ai vasi-dilatatori e ai depressori della tensione arteriosa, e spesso un salasso generale, praticato a proposito è seguito da effetti quasi meravigliosi, specie quando un edema acuto del polmone precipita gli eventi.

Dal punto di vista del processo anatomico non v'ha che una miocardite, quella che comincia dalla fibra muscolare; ma la clinica deve protestare contro tale affermazione, giacchè la sclerosi del miocardio d'origine vascolare non è la sclerosi d'origine parenchimatosa, nè la sclerosi per infiammazione interstiziale e primitiva del tessuto connettivo, ammessa da alcuni autori. E dal fatto che l'arterio-sclerosi del cuore e le miocarditi croniche hanno un esito comune, l' insufficienza del cuore non segue che vi sia una sola miocardite.

Per analogia si potrebbe allora, avendo le cardiopatie valvolari una fine simile, per giungere, a semplificare ancora le cose, alla conchiusione che non v'ha che una malattia del cuore.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

III. CONGRESSO INTERNAZIONALE DI GINECOLOGIA E D'OSTETRICIA

tenuto ad Amsterdam dall' 8 al 12 agosto 1899

VI. (fine)

Dourmer. **Azione risolvente delle correnti di alta frequenza e di alta tensione sulle iperplasie congestive dell'utero.** — Riferisce due osservazioni, in appoggio del titolo di questa comunicazione, relative l' una ad una metrite acuta emorragica e l' altra ad una ipertrofia cronica del corpo uterino, trattate l'una e l'altra colle applicazioni intra-uterine o semplicemente cervicali di correnti di alta frequenza e di alta tensione.

Si è servito di un semplice isterometro metallico, isolato nel suo tragitto vaginale sia per mezzo di un tubo di vetro che di un tubo di cautchouc. Epperò afferma che queste correnti possiedano delle proprietà risolventi manifeste sulle iperplasie congestive. Le applicazioni non solamente sono indolore. ma non dànno luogo ad alcuna sensazione, nè ad alcuna reazione post-operatoria.

Duret. **L'esclusione sierosa del bacino.** — Dopo l'ablazione dei grossi fibromi che si trovano nel piccolo bacino, si ha una larga faccia cruentata che è impossibile di rivestire completamente di peritoneo. Per cui Duret, sutura direttamente il peritoneo sotto pubico al peritoneo posteriore, separando così la cavità addominale dallo scavo del bacino, il quale viene ad essere privo di sierosa, dando il nome alla operazione di esclusione sierosa del bacino.

Boisseau de Rocher. **Cura delle affezioni uterine e degli annessi a mezzo dell'ossicloruro d'argento ottenuto a mezzo della elettrolisi.** — Con questa cura si hanno risultati rapidi nelle emorragie, metriti e in certe salpingiti. Certe pio-salpingi possono anche essere evacuate per le vie naturali. Servendosi di una intensità elettrica molto debole (4-10 milliampères), questo metodo curativo è di una innocuità assoluta.

Villar. **Appendicite nella donna.** — L' appendicite nella donna non è così rara come si crede. La diagnosi nella donna può esser resa difficile a causa dei rapporti di vicinanza dell'appendice cogli annessi. Così si può benissimo scambiare un annessite per una appendicite e viceversa. Le due lesioni possono coesistere insieme. L' appendicite può osservarsi anche durante la gravidanza. In quanto alla cura, l' intervento attivo, sembra che debba essere il metodo di elezione.

Doyen. **Cura delle fistole ginecologiche spontanee e post-operatorie.** — Le fistole ginecologiche si possono dividere in fistole spontanee e fistole post-operatorie. Le prime si possono formare sia in seguito a parto o ad operazione ostetrica, o in seguito ad una suppurazione pelvica, o per la presenza di un corpo estraneo (pessario, spilli, sonda dilatatrice, bugia di Hegar) o nella vagina o nell'utero o nella vescica. I progressi della tecnica permettono oggi di guarire senza eccezione le fistole ginecologiche. I processi che permettono la guarigione sono i medesimi che si devono impiegare per ottenere, nel corso delle operazioni, la riparazione immediata delle ferite dell'intestino, della vescica o dell' uretere. Queste lesioni, che rappresentano una delle infermità più penose della donna, devono completamente scomparire. I processi odierni dell'antisepsi e della tecnica operatoria hanno oggi ottenuto la vittoria.

Hartmann. **Cura operatoria delle annessiti.** — I risultati immediati della castrazione per la via addominale sono eccellenti, in quanto ai risultati remoti, si può dire che con le modificazioni apportate attualmente alla operazione, essi sono perfetti. Pertanto egli rigetta assolutamente la via vaginale nella cura operativa delle annessiti, soltanto ritiene che s'a indicata la colpotomia posteriore per aprire le grosse raccolte facilmente accessibili.

Schmeltz. **Termo-insufflazione e termo insufflatore ad aria compressa.** — L'insufflazione di aria calda a mezzo di un insufflatore speciale agisce disinfettando i tessuti e arrestando le emorragie in molti casi, come nelle metriti, emorragie uterine, ed emorragie incoercibili (del fegato, del rene, etc.); nel lupus e tubercolosi localizzata, nel cancro, nelle ulcerazioni del collo etc.

Jayle dice che ha utilizzato l' aria calda per mezzo di un apparecchio, a cui ha dato il nome di *aerotermogene*, e che è basato sulla utilizzazione del termo-cauterio per ottenere l'aria calda. Però non sempre ha avuto dei buoni risultati, ed ora impiega l'aerotermoterapia soltanto quando le ammalate rifiutano l'intervento operatorio.

Laroyenne. **Cura chirurgica del cistocele vaginale con un processo speciale di cisto-isteropessi.** — Espone un processo di cisto-isteropessi da lui escogitato e che ritiene superiore agli altri finora proposti, per la cura del cistocele vaginale. Consiste nel praticare in primo tempo una isteropessia addominale anteriore, indi si sutura la vescica all'utero, cioè la parete postero-superiore della vescica alla faccia anteriore dell' utero, infine non resta che suturare la vescica all'aponevrosi e al peritoneo della parete addominale anteriore. Per suturare bene la parete vescicale con la parete uterina si dilata l'uretra con un dilatatore e poi s'introduce l'indice che servirà di guida.

Jonnesco. **La castrazione addominale totale nella cura delle affezioni settiche o non settiche degli annessi** — Nelle affezioni bilaterali degli annessi, suppurati o no, la via addominale è la sola realmente logica,

e l'ablazione simultanea dell'utero e degli annessi in questi si impone. L'isterectomia vaginale deve cedere sempre il posto alla castrazione addominale totale la cui benignità di giorno in giorno diviene maggiore e la cui efficacia è certa. Finalmente la via addominale permette di constatare benissimo le lesioni e di limitare la estensione dell'atto operativo.

La Torre non é così radicale, come Jonnesco, e ritiene che la castrazione sistematica utero-annessiale non sia sempre da raccomandare. Bisogna al contrario mostrarsi conservatore, e bisogna sacrificare l'utero e l'ovaia solo quando sarà materialmente impossibile di conservarli.

Reynier non accetta nemmeno le opinioni assolute del Jonnesco e afferma che in molti casi di suppurazione pelviche la via vaginale é sempre da preferire, poichè la via addominale è sempre più grave.

Strutz dice che bisogna mostrarsi conservatori, e non operare che quando le cure mediche si sono mostrate insufficienti.

CHIMICA CLINICA

NUOVO METODO DI RICERCA DELL' UROBILINA

La ricerca dell' urobilina nell' urina presenta spesso un grandissimo interesse clinico. Ecco il processo rapido ed esatto adoperato da Cordier. Come nel processo classico di Mèher, s' isola dapprima l'urina, poscia sulla soluzione alcoolica di questo prodotto s'eseguono le reazioni caratteristiche di questa sostanza colorante; la striscia d'assorbimento allo spettroscopio e la fluorescenza per l'aggiunta di cloruro di zinco.

Ecco il modo operatorio usato: In una provetta a piede in cristallo, graduata, di 100 cmc. e turata s' introducono 75 cmc. d' urina filtrata, poi 4 o 5 goccie d'acido cloridrico puro ed infine 15 cmc. di cloroformio. S' agita dolcemente la provetta per 5 minuti, evitando, per quanto è possibile, l' emulsione del cloroformio. Si lascia in riposo per 5 minuti, poi coll' aiuto d'una pipetta affilata s' aspira il cloroformio che si filtra in una 2ª provetta. É indispensabile d' usare un filtro secco e di raccogliere il cloroformio libero da qualsiasi traccia d'umidità. Si prelevano quindi 10 cmc. di cloroformio che corrispondono a 50 cmc, d'urina. S'evaporano in una capsula di porcellana a fondo piatto a bagno-maria.

Dopo alcuni minuti, l' evaporazione é finita, e s'è avvertiti della presenza dell'urobilina dalla colorazione rossa o rosa che prende il fondo della capsula. (*La Mèdecine moderne*, an. 10° n. 59, 23 agosto 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli *Annales de l' Institut Pasteur*, diretti da Duclaux, vol. 13° N. 8, 25 Agosto 1898.

1. H. Vincent. **Ricerche batteriologiche sulle angine a bacilli fusiformi.** — Il bacillo di Löffler non è il solo microbo atto a procreare degli essudati pseudo-membranosi alla superficie delle mucose e della pelle.

Vincent ha osservato fin dal 1893 un'affezione caratterizzata al principio da un essudato cotennoso biancastro, o grigiastro, sviluppato alla superficie di un'amigdala, che sembra essere sotto la dipendenza di un bacillo caratteristico, facile a distinguersi dal bacillo di Löffler. Dal punto di vista clinico esistono due forme principali della malattia, l'una, difteroide, nella quale la pseudo-membrana ricopre un' ulcerazione insignificante o leggiera; l'altra primitivamente difteroide e secondariamente ulcero-membranosa. Nel 1° caso il bacillo patogeno è puro, mentre nel secondo é associato ad un altro batterio.

All'esame microscopico dell'essudato si constata la presenza, in quantità talvolta colossali, d'un bacillo d'aspetto particolare. Esso é più voluminoso del bacillo di Löffler, la sua porzione media è rigonfia; ora è rettilineo, ora piegato a virgola, presenta molto spesso forme d' involuzione. Il bacillo si colora bene coi colori d'anilina; non si colora col metodo di Gram o di Weigert.

I tentativi di cultura di questo bacillo sono falliti. Nella forma ulcero-membranosa il bacillo descritto é associato ad uno spirillo. Il bacillo fusiforme fu riscontrato nella bocca di individui sani e nelle diverse specie d'angine pseudo-membranose.

2. Elmassian. **Nota su d' un bacillo delle vie respiratorie ed i suoi rapporti col bacillo di Pfeiffer.** — Nell' espettorazione di fanciulli o d'adulti affetti da malattie differenti bronco-pulmonari (tosse convulsiva, tubercolosi pulmonare, pneumonite) isolò un bacillo identico sotto tutti punti di vista a quello da lui riscontrato in 3 casi su 6 d' infezione bronchiale-grippale rientranti clinicamente nel tipo influenza. Il bacillo isolato presenta tutti i caratteri assegnati dal Pfeiffer al bacillo dell'influenza, ma esso si sviluppa così bene sui mezzi contenenti siero che su quelli che non ne contengono: non si ebbe mai sviluppo sul gelosio peptonizzato ordinario.

3. E. Malvoz. **Sulla presenza d'agglutinine specifiche nelle culture microbiche.**—La presenza delle sostanze agglutinanti specifiche nel sangue degli individui infetti è generalmente attribuita a reazioni dell'organismo: sotto l'influenza dei microbi o dei loro prodotti vi sarebbe o produzione in eccesso di sostanze già elaborate allo stato fisiologico, ovvero secrezione di prodotti nuovi dotati di proprietà agglutinanti. Malvoz in base

alle sue ricerche considera la questione in un altro modo: non è necessario d'invocare l'esistenza di secrezioni normali o patologiche dovute sia alla infezione stessa, sia ai processi cellulari dell'immunizzazione per spiegare l'azione agglutinante dei sieri. Si possono trovare nelle culture stesse dei microbi, per lo meno per quel che concerne il carbonchio, delle agglutinine specifiche: queste, aggiunte a nuove emulsioni, producono gli ammassi bacillari, che non differiscono da quelli alterati per mezzo del siero.

4. LAMBOTTE E MARÈCHAL. **L'agglutinazione del bacillo carbonchioso col sangue umano normale.** — Il siero umano ha un potere molto considerevole d'agglutinazione sul bacillo del carbonchio, ed a tale diluizione, che si potrebbe considerare in questi casi il siero come veramente specifico. L'urina, la secrezione sudorale e le lagrime delle stesse persone. il cui siero conservava il potere agglutinante anche ad $^1/_{200}$, non agglutinavano il bacillo del carbonchio, nemmeno a parti uguali. Il latte si mostrò dotato d'un leggiero potere agglutinante, ma non comparabile a quello del siero. Il sangue dei neonati si comporta di fronte al carbonchio come quello dell'adulto. Per quel che riguarda la ripartizione delle sostanze agglutinanti nell'organismo, dalle loro ricerche risultò che l'agglutinazione dei prodotti dei diversi organi si mostrò incomparabilmente inferiore a quella del siero.

5. O. GENGON. **Studio sui rapporti tra le agglutinine e le lisine nel carbonchio.**—Il sangue normale presenta il potere d'agglutinare ad una concentrazione determinata alcuni microbi; le ricerche precedenti di Lambotte e Marèchal dimostrano che il sangue umano normale in parecchi individui, possiede un potere agglutinante considerevolissimo e quasi specifico, sul 1° vaccino del carbonchio. Il potere agglutinante del siero degli animali immunizzati verso il carbonchio aumenta considerevolmente: dalle ricerche di Gengon risulta che si tratta d'un siero specifico. Le agglutinine del carbonchio non sembrano passare nel feto dell'animale immunizzato, esse possono passare attraverso le pareti vascolari ma sono lontane dal passarvi in totalità. Le agglutinine del carbonchio dializzano bene quando il liquido inferiore è acqua distillata, fossero anche in forti proporzioni quando questo liquido s'avvicina chimicamente al siero normale del cane. Rispetto al calore le agglutinine del carbonchio si comportano come le agglutinine classiche.

Le ricerche di Gengon dimostrano l'assenza di sostanze battericide nel siero normale del cane: il siero agglutinante specifico non è più battericida del sangue normale. Tanto allo stato normale che negli animali di cui si è esaltato il potere agglutinante con iniezioni multiple di carbonchio vaccino I, si può affermare che i leucociti viventi non sono affatto i produttori o i detentori delle agglutinine: conseguentemente, al contrario delle sostanze battericide, la loro morte non produce il passaggio di queste sostanze nel siero, dove esse esistono del resto primitivamente. E' difficile di attribuire agli organi o alle cellule dell'organismo un intervento qualsiasi nella fabbricazione delle agglutinine.

6. I. LABORDE E L. MORÈAN. **Sul dosaggio dell'acido succinico nei liquidi-fermenti.** — Descrivono un processo e dosamento dell'acido succinico nei liquidi completamente fermentati o quasi, ne descrivono poi un'altro per il dosamento della stessa sostanza nei liquidi incompletamente fermentati.

7. M. POLTEVIN. **La saccarificazione dell'amido.** — Il granulo d'amido che costituisce una massa eterogena dal punto di vista fisico; resta eterogeno dopo gelatinizzazione; le porzioni meno coerenti danno una salda che si destrinizza e si saccarifica presto; le porzioni più coerenti danno una salda che si destrinizza e si saccarifica lentamente, esse forniscono le destrine residuali che restano non inattaccabili, ma difficilmente attaccabili in ogni saccarificazione giunta a termine.

FORMULARIO

Come stomatico

Idroclorato di orexina . . . . . gr. 2
Estratto di genziana, polvere di radice di altea . . . . q. b.

Mischia e fa 20 cartine. 1-2 al giorno in una tazza di brodo di carne.

Nella dispepsia flatulenta

Floruro di ammonio puro . . . . gr. 1
Acqua distillata . . . . » 300

Un cucchiaio da tavola dopo ogni pasto.

NOTIZIE E VARIETA'

La salute pubblica in Italia

Il ministero dell'interno ha disposto che i bollettini mensili, provenienti dai singoli Comuni siano trasmessi alle rispettive prefetture per la revisione e la riunione dei diversi dati.

Le prefetture poi hanno l'obbligo di curare l'invio al ministero dell'interno tanto dei bollettini comunali, quanto del prospetto riassuntivo.

Questa elaborazione di dati eseguita presso le prefetture ad opera specialmente dei medici provinciali, affida che la statistica della morbosità possa fornire criterii più esatti sulle condizioni reali della sanità del Regno.

Su 8262 Comuni, 8249 ottemperarono all'invio del bollettino.

Di questi, 1786 denunziarono casi di malattie infettive, e 6463 se ne dichiararono immuni. A queste cifre — che togliamo dall'ultimo prospetto sanitario pubblicato dal ministero dell'interno — ne

aggiungiamo alcune altre riguardanti le singole malattie.

La malattia predominante fu il morbillo, di cui in tutta Italia si ebbero 19521 casi; dei quali 5687 nel Veneto; 3916 in Lombardia; 2163 nell'Emilia; 1162 in Piemonte; scemando grandemente nelle altre regioni che presentano cifre insignificanti.

Dopo il morbillo, seguono subito dopo la febbre tifoidea con 1911 casi; la scarlattina con 1134 casi e la difterite con 1313 casi in complesso.

Come si vede, su di una popolazione di 31,667,946 abitanti, lo stato sanitario d'Italia può dirsi non buono ma ottimo.

Le vittime della malaria in Italia

La legge sulle bonifiche, di cui si é parlato, oltre lo scopo di mettere a coltura terreni che nelle condizioni odierne resterebbero improduttivi, ha quello di liberare il paese del flagello della malaria Nel quinquennio dal 1887 al 1892, di cui si hanno le statistiche complete, il numero dei morti per la malaria in Italia ascende a 580 per ogni milione di abitanti ogni anno, mentre nell'Olanda non ne morirono che 45, nel Belgio 25, in Inghilterra 6, nella Scozia 5, in Irlanda 3 e nella Svezia 1.

L'eloquenza di queste cifre è irresistibile e sarebbe un vero delitto di lesa maestà rallentare il lavoro per le bonifiche, invece di sollecitarlo.

Peste bubbonica

Oporto, 30 — Ieri, vi furono due gravi casi di peste.

Una specie di colera in America

Hingston, 29 — Un epidemia rassomigliante al colera apparve nelle isole Caymons. Cinquanta vittime.

GAZZETTINO

ROMA. *Istituto antirabico.*—Nel 1896 sopra 166 curati si sono avuti due bambini morti di rabbia, i cui primi sintomi si iniziarono nei primi quindici giorni di cura. Entrambi avevano riportato molteplici e gravi ferite in parti scoperte, con causticazione insufficiente e tardiva. Essi poi avevano cominciato la cura sedici giorni dopo la morsicatura.

Nel 1897 sopra 212 curati, è morto uno: anche esso durante la cura, tal Giammaria Dionisio che aveva riportato 11 fori sulla mano destra. Le ferite non erano state causticate. Il poveretto aveva iniziato la cura dieci giorni dopo la morsicatura, e al diciannovesimo giorno di cura già si avevano sintomi evidentissimi di rabbia.

Nel 1888 su 171 curati si sono avuti tre morti. Il primo un bambino, le cui ferite non erano state causticate aveva incominciata la cura 24 ore dopo la morsicatura e i primi sintomi dell'idrofobia apparvero durante la seconda metà di cura. Il secondo una bambina lacerata in più parti e causticata in modo insufficiente e tardivo, incominciava la cura nove giorni dopo la morsicatura e già all'undecimo giorno si sviluppavano i sintomi della rabbia, il terzo un'adulto, parimente non causticato aveva iniziata la cura due giorni dopo la morsicatura era stato assalito dai primi sintomi della rabbia circa il 15° giorno.

Seguendo i giusti criteri del Pasteur nell'attribuire ad inefficacia della cura soltanto i morti che si avverano dopo i quindici giorni dal termine della cura, non si dovrebbe quindi includere alcun morto nella percentuale della statistica sopra riportata. Ma volendo essere rigorosi si può calcolare soltanto il terzo caso di morte dell'anno 1898.

Per cui, riguardo alla mortalità sul totale dei curati dal 1° giugno 1895 a tutto aprile 1899 — 630 — la percentuale della mortalità si riduce soltanto al 0,16 per cento.

ROMA. *L'igiene nell'esercito.*—Per evitare che la tubercolosi si diffonda maggiormente nell'esercito, il ministero della guerra ha emanato opportune disposizioni ed ha dato le necessarie istruzioni perchè gli ufficiali medici curino di eseguire la diagnosi della malattia nel suo periodo iniziale, senza attendere che essa passi allo stato di tubercolosi aperta, e perchè rivolgano speciale attenzione ai militari che mostrano di deperire senza speciale ragione.

ROMA. *I bagni popolari.* — Un vero successo ha ottenuto il nuovo stabilimento pei bagni popolari istituito dal Comune di Roma al Viale del Re.

Nella festa specialmente si contano oramai oltre 500 bagnanti.

Da tutti poi si è trovata molto opportuna la doppia canalizzazione, in modo che ogni bagnante può prendere a volontà una doccia calda o fredda.

A migliorare ancora tale istituzione, l'on. Sindaco ha disposto che nella classe inferiore a 10 centesimi per donne siano costruiti camerini individuali, per modo che ciascuna bagnante possa prendere il bagno appartatamente.

Il nuovo stabilimento a via Buonarroti, che sarà pronto per la metà di settembre, conterrà tutti i perfezionamenti che sono risultati utili dall'esperienza.

Ambedue le sezioni di seconda classe avranno camerini e spogliatoi individuali appartati. I camerini sono spaziosi e la distribuzione dei locali è assai ben riuscita.

Così anche gli abitanti dei quartieri alti potranno godere di questa comodità.

Il Sindaco poi ha intenzione di far costruire ancora un terzo stabilimento in via dell'Orso.

ROMA.—*Pia opera degli ospizi climatici in collina*—Buon numero di padri e madri di famiglia attendevano ieri mattina alla stazione il ritorno dei figli stati per un mese ricoverati nell'ospizio climatico di Rocca di Papa; e iera sera stessa altra squadra, (la terza) composta di 40 fanciulli partiva per quella volta onde sperimentare la cura di quel clima salutare.

Non è a dire con quanta soddisfazione quei genitori rivedessero le loro creature, tornate in tanto florido stato di salute, come poterono pur constatare di presenza alcuni degli illustri membri e sanitari della Commissione che, coadiuvata dalle suore figlie della Carità e dalle diligenti cure di quel medico locale, con tanta benemerenza intende alla benefica istituzione, al cui incremento giova sperare che

sempre più concorra la generosità di tanti facoltosi concittadini, ai quali sta a cuore il sollievo della povera classe operaia.

ROMA. *La Croce Rossa.*—Per ispezionare il materiale della Croce Rossa depositato a Napoli è partito il senatore conte Taverna, presidente della benemerita istituzione. Il conte Taverna si recherà poi in Alta Italia per ispezionare le ambulanze e gli ospedali di guerra, che saranno mobilizzati per le prossime grandi manovre.

ROMA *La Croce Rossa e il conte Spalletti.* — Il conte Taverna, presidente della Croce Rossa, appena conosciuta la notizia della morte del senatore conte Spalletti, vice - presidente della detta Associazione, in nome di essa si rese interprete presso la famiglia del comune vivo dolore per la sventura che l'ha colpita.

NAPOLI.—*Per l'Esposizione d'Igiene.*—Il 30 agosto nella sede del *Pro-Napoli* si riunirono il comitato esecutivo e il comitato amministrativo della esposizione di igiene, presieduti dal professore senatore De Renzi. Intervennero: il marchese di Campolattaro, il professore Piutti, il prof. Castellino, l'avv. Garzilli, il prof. Masoni, il marchese Carega, l'ing: Ferrara, il cav. de Sanna, il sig. Campione, l'ing. Martorelli, l'ing. Mastellone, il cav. Capace Minutolo, il cav. Laganà, l'ing. Gritti, il cav. Emiddio Mele, il conte Rocco, l'ing. Comencini, il dottor Vairo, ed altri. Vi fu una lunga ed animata discussione, cui presero parte il senatore De Renzi, il cav. de Sanna, il professore Piutti, l'ing. Martorelli, il marchese Carega, l'ing. Comencini, Campione, il marchese di Campolattaro e l'ing. Gritti, e fu deliberato di affidare la compilazione di un piano finanziario ai signori Joung, Comencini, de Sanna, Laganà e Campione, informando tale piano al concetto che, coverte le spese, il supero debba innanzi tutto essere rivolto a rimborsare le spese.

La sottoscrizione procede benissimo.

NAPOLI- *Croce Rossa.* — S. A. R. Il Principe di Napoli venuto in carrozza da Pignataro, passò in rivista l'ospedale di guerra della Croce Rossa impiantato in Sparanise.

Il Principe espresse la sua grande soddisfazione per l'ordine col quale l'ospedale già funziona da parecchi giorni, interessandosi, come è sua abitudine, ai più minuti dettagli e trovando tutto inappuntabile.

Erano presenti anche il conte Taverna presidente Generale dell' Associazione ed il Senatore Atenolfi Presidente del Sotto Comitato regionale di Napoli.

Il Colonnello medico della Croce Rossa commendatore P o s t e m p s k i aveva già in precedenza passata una ispezione all'ospedale medesimo; riuscita anch'essa, sotto ogni riguardo, molto soddisfacente.

Come già annunziammo, l'ospedale è diretto dal prof. comm. G a e t a n o J a p p e l l i.

BOLOGNA. *La Croce Rossa al campo.*—Il 28 agosto diretti a Bra, partiranno i componenti la Croce Rossa di Bologna, destinati a prestar servizio alle grandi manovre in Piemonte.

Vi sono: il capitano cav. B o l o g n i n i, medico di Borgo Panigale, tenente P e z z e t t i medico, sottotenente G i a n n a z z o medico, sotto-tenente Saccozzi farmacista, sotto-tenente Giovannini contabile, tenente Buldrini commissario, furier maggiore Laffi, furiere Guglielmini, i caporali Buldrini e Braghetti nonchè gli infermieri Cavina, Campiani, Pancaldi, Falchieri ed altri nonché una quindicina di inservienti.

Il caporale Buldrini e l'infermiere Franchini sono due reduci di Abba-Carima.

Il basso personale ieri aveva già indossato la divisa e si faceva vedere per le vie della città.

AREZZO 27.. *Croce Rossa Italiana.* — Le nostre gentili signore, come sempre di una cortesia inarrivabile, ieri mattina erano a salutare la squadra della Croce Rossa Fiorentina, che, di passaggio dalla nostra stazione ferroviaria, si recava al campo militare di Stia (Casentino).

Il prof. D e l G r e c o era direttore della squadra.

Il cav. dott. G i u s e p p e M a s c a g n i, a nome del sotto-comitato della Croce Rossa di questa città, con gentil pensiero offrì ai presenti un rinfresco, servito inappuntabilmente dai conducenti il caffè e *buffet* della stazione.

Il nostro saluto alla solerte e filantropica compagnia.

SANSEVERINO MARCHE. (Macerata). *VIII Congresso medico marchigiano.* — Nei giorni 20, 21, 22 settembre avrà luogo in Sanseverino l'ottavo congresso medico marchigiano. A questo interverranno diversi notabilità mediche. Il dott. F r a n c e s c o L a u r e a t i vi riferirà sul tema « la tubercolosi nelle mosche ». il dott. P i e r a c c i n i vice-direttore nel Manicomio di Macerata sulla «pazzia ereditaria», il prof. D e P a o l i direttore della Clinica chirurgica propedeutica di Perugia vi terrà una conferenza sui risultati delle sue ricerche sulla percussione del cranio. Questo tema dev'essere appunto trattato dall'insigne clinico nel Congresso medico internazionale di Parigi nel 1900. Il Congresso s'occuperà pure d' interessi proprofessionali, ed in una seduta speciale verrà discusso lo statuto del Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Macerata. Il Municipio che nell'istesso mese di settembre consacra pubblici festeggiamenti alla memoria dell'illustre scultore concittadino Ercole Rosa, altri speciali ne ha stabilito in onore dei congressisti. La direzione delle ferrovie ha già concesso i ribassi per i viaggi dei congressisti.

Giova sperare che numerose saranno le adesioni, e che quest'ottava riunione regionale sortirà l' esito fortunato cui mirano le cure e gli sforzi del comitato ordinatore mirabilmente secondati dalla munificenza delle spettabile rappresentanza municipale.

MONTEVARCHI, 29. *La Croce Rossa.* — Stamani fu qui di passaggio, trattenendosi poche ore l'ottava sezione della Croce Rossa italiana, comandata dal tenente B i o n d i. Si reca in Arezzo per l'esercizio della mobilitazione.

Erano a riceverla il corpo musicale, la Fratellanza militare, i vigili, le autorità comunali e molto pubblico.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

PROFILASSI DELLA MALARIA

Appena accertata la diagnosi di malaria mediante l'esame del sangue, bisogna procedere pria di tutto all'isolamento del malato. Questi deve subito essere allontanato dal luogo ove contrasse l'infezione. Non è poi solo il periodo acuto dell'infezione quello in cui è pericoloso il malarico, ma ancora tutto il periodo della convalescenza il quale non è breve. In questo senso una profilassi severamente razionale può farsi in ispeciali sanatorii. Se poi, come è sperabile, si potrà trovar modo d'impedire con sostanze culicifughe la puntura del malarico da parte delle zanzare, allora questo isolamento sarà molto facilitato e sarà già possibile ottenerlo senza allontanamento del malato, per mezzo di un semplice strato, per così dire coibente, e di qualsivoglia sostanza che allontani le zanzare, e quindi impedisca la puntura degli insetti propagatori dell'infezione.

Le disinfezioni devono colpire così le sorgenti che i veicoli dell'infezione. La disinfezione della sorgente infettiva, che è l'uomo, è riposta anzitutto nella disinfezione del sangue. La chinina è la sostanza disinfettante specifica del sangue malarico. Sotto l'influenza della chinina, gli emosporidii che prima avevano vivaci movimenti ameboidi, s'arrestano, escono dall'emazia e muoiono; il protoplasma pare che subisca pure un'azione necrotica.

Ma quando si deve somministrare ad un malarico la chinina? Il Sydenham diceva di darla dopo l'accesso, mentre il Torti suggeriva di amministrarla pria dell'accesso. In realtà la chinina, quando sia data in dose sufficiente, ha sempre un effetto utile: anzi nelle febbri gravi non si deve assolutamente attendere per darla questo o quel momento, ma si dia subito in forte dose, e poi si continui a somministrarla frazionatamente. Ma tutte le volte, nelle quali si può attendere e studiar bene il ritmo e l'ora precisa dell'invasione febbrile, si può dare seguendo sia i precetti del Torti che quelli del Sydenham. Nel 1° caso se si dà la chinina prima dell'accesso, questo capita egualmente, ma talvolta più leggero, talvolta senza attenuarsi affatto; però l'accesso successivo o manca, o è certo più debole; e se ripetesi una forte dose di chinina pria che debba venire l'accesso, molto probabilmente questo non verrà, e quasi certamente il 3° accesso sarà troncato. Se la chinina si dà invece quando l'accesso sta per terminare, cioè nel sudore o nell'epoca in cui c'è maggior numero di forme con movimenti ameboidi nel sangue circolante, si può anco troncare l'accesso successivo. Quindi, se si può aspettare, questo è il momento più opportuno per somministrare la chinina (Celli). In questo momento nelle emazie vi sono le forme giovani anche dotate di movimento ameboide, il quale è arrestato dall'alcaloide chinico. Poco prima che cominci l'accesso, quando nel sangue circolante vi sono le ginnospore, la chinina si mostra inefficace contro di esse. Com'è pure inefficace o quasi contro le ostinate recidive. Di più pare che la chinina non agisca contro i gameti che assicurano il ciclo sessuale nella zanzara; anche dando per un mese intiero della chinina, il Celli non è arrivato spesso a distruggere le forme semilunari. Così, dopo la somministrazione della chinina, anco le forme libere della terzana e quartana continuano a circolare nel sangue.

Passiamo ora alla disinfezione della sorgente ed insieme del veicolo dell'infezione, com'è la zanzara malarica. La distruzione delle zanzare può esser fatta in varii modi a seconda dei due periodi di vita delle zanzare stesse: vita acquatica e vita aerea.

Il Celli ha fatto studiare questo problema recentemente al Casagrandi. Per quel che riguarda la distruzione delle larve si è ricorso all'allevamento negli stagni di pesci, di libellule; ma questo mezzo si è dimostrato insufficiente. Un rimedio, invece, che corrisponde meglio è il petrolio. Tra i mezzi vegetali l'infuso di foglie di tabacco e più ancora i fiori di crisantemo uccidono le larve in poche ore. Agiscono abbastanza bene nel termine di 4-12 ore, la soluzione decinormale di soda, il sublimato, l'acqua solforosa; il permanganato di potassio non dà buoni effetti. Sono anche larvicidi i colori di anilina, tra cui i due migliori sono il gallolo ed il verde malachite A; questi sono di un' utilità straordinaria.

Sulle ninfe i rimedii agiscono dannosamente in maggior tempo: agiscono specialmente bene le soluzioni sature di sale, la polvere di fiori di crisantemi, il petrolio, l'olio comune, poi la formalina, il lisolo.

Tenuto conto però della dose necessaria, della praticità e del prezzo, tutte le sostanze minerali ed alcune organiche passano fuori discussione, e restano in campo le polveri vegetali, i colori di anilina, il petrolio.

L' epoca più opportuna per distruggere le larve è l' inverno e il principio della primavera, quando sono nel minor numero e nuove generazioni non se ne fanno. D'inverno bisognerà insistere anche col distruggere le zanzare alate nelle case e dovunque si rifugiano.

Da molto tempo si fanno dei tentativi di distruzione delle zanzare aeree. In America, oltre all'allevamento delle libellule, sperando che queste le distruggessero, si è proposta l'accensione di fanali nei posti infestati dalle zanzare. Ma anco questo mezzo è insufficiente. Così in tutti i luoghi vanno in commercio molte sostanze insetticide (razzia, zampironi, ecc.): ma con tali mezzi non si può fare una distruzione in grande delle zanzare, ed, anco in piccolo, non si arriva ad ucciderle ma ad addormentarle per maggiore o minor tempo.

Il Celli ha sperimentato diverse sostanze, che si possono dividere in 3 categorie: odori, fumi e gas. Tra gli odori stanno in prima linea l'olio di trementina ed il jodoformio; poi vengono il mentolo e la noce moscata, agli effluvii dei quali le zanzare cascano in morte apparente dopo 10', e muoiono realmente dopo 2 ore. La canfora le addormenta in 4-5 minuti e le uccide in 4-5 ore. L'aglio le addormenta in pochi minuti e le uccide in circa 5 ore. Poi vengono con azione decrescente il pepe, la naftalina e la cipolla. Tra i fumi il più efficace è quello di tabacco, che produce all'istante la morte apparente e la morte reale in 2-3 minuti. Anche il fumo ottenuto bruciando le foglie di *eucalyptus* fresco si può utilizzare. Il legno-quassio, la polvere di piretro impiegano maggior tempo per uccidere le zanzare. Molto bene corrisponde una mescolanza di polvere di crisantemi e di valeriana. Sono da annoverarsi ancora le foglie di mentuccia secche e la pece, il rosmarino, i zampironi, i fiori di camomilla secca, la salvia. Ultimo è il fuoco di legna, che addormenta in pochi minuti, ma uccide solo dopo 48 ore. I gas sono ancora più attivi dei fumi: l'anidride solforosa, l'idrogeno solforato, il gas illuminante, la formaldeide, danno all'istante la morte apparente, e dopo 1-2 minuti la morte reale; altri, come il solfuro di carbonio, danno la morte apparente in 10-15 minuti e la reale in 15-30. Di questi gas il più alla mano è l'anidride solforosa.

S'intende che, perchè gli odori, i fumi, i gas dispieghino un'azione zanzaricida, debbono del tutto saturare l'ambiente.

Per impedire la penetrazione dei germi della malaria nell'organismo, bisogna anzitutto evitare di dormire all'aperto, anzi evitare a dirittura di uscire la sera, la notte, le prime ore mattutine, pria del sorgere del sole. Bisogna evitare inoltre di tenere accesi dei lumi negli ambienti dove si dorme quando le finestre sono aperte, perchè la luce richiama una quantità d'insetti.

Il vestiario, anco d'estate, dev'essere di lana spessa, per impedire i perfrigeramenti ed anco le punture delle zanzare. È bene tenere alle finestre ed alle porte degli ambienti, ove si abita, delle reti fitte per impedire l'ingresso agli insetti (retine di *tulle*, di fil di ferro). Si possono usare attorno ai letti le zanzariere, però non danno risultati sicuri; ed allora bisogna cercare, pria della sera, di uccidere le zanzare, che eventualmente sono nella camera, con uno dei mezzi su esposti (odori, fumi, gas). Per chi fa servizio lungo le ferrovie malariche il Celli ha consigliato dei cappucci analoghi a quelli degli apicoltori, ed i guanti che si continuano con il vestiario delle braccia.

Poi si può spalmare sulla pelle, specie delle mani, del viso, del collo, delle pomate, dei saponi o fare abluzioni culicifughe.

Contro le cause predisponenti organiche, abbiamo già accennato qualche cosa relativamente al perfrigeramento. Ora è possibile determinare un'immunità artificiale contro la malaria? La profilassi arsenicale può essere di qualche utilità. Si è proposta anco la profilassi a base di chinina, dando gr. 1-1 $^1/_2$ ogni 5-6 giorni; ma non si sono ottenuti buoni risultati.

Per quel che riguarda le cause predisponenti localistiche bisogna sistemare le acque dei fiumi, allo scopo di evitare inondazioni, mediante le vegetazioni sui monti e sulle pendici, le gradinate, le briglie o traverse, i pennelli o repellenti, i raddrizzamenti o deviazioni, i bacini di sedimenti e di ritenuta, i deviatori o scaricatori delle piene, gli argini, le opere di difesa dalle corrosioni del letto, la sistemazione delle foci (catarratte o porte a bilico, arginature entro il mare). Bisogna ancora sistemare i laghi, le acque sotterranee.

Per purificar l'aria bisogna bonificare le paludi mediante le colmate di terra o di acqua o mediante la coltivazione, e le città.

Contro le cause predisponenti sociali giova una buona alimentazione, un buon vestiario di lana, ecc.

Si regolarizzi, infine, la legge sulla coltivazione del riso, si disciplini la macerazione delle piante tessili.

BIBLIOGRAFIA

Tommasi-Crudeli. *Atti della R. Accademia dei Lincei*, 1879, 1880; *Nuova Antologia*, 1885; 1886.—Baccelli. *Riforma Medica*, 1890.—Celli e Santori. Acc. med. di Roma, 1897.—Celli. La malaria, Roma, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo diretta dal Prof. I. TANSINI

CONTRIBUTO ALLA GENESI EMBRIONALE DI UN ADENO-EPITELIOMA CISTICO PRIMITIVO DELL'OMBELICO.

Dottor Abele Ajello
Docente di patologia chirurgica

(*Continuazione e fine*)

Dopo quanto si è detto non mi pare difficile trovare un nesso razionale delle princi-

pali alterazioni, in modo da connettere tutto l'andamento anatomo-clinico del processo morboso dalle fasi iniziali fino alle più avanzate. La prima alterazione stabilitasi ha dovuto essere certamente l'iperplasia ghiandolare, che diede luogo poi all'adenoma. Questo tumore per la proprietà dei suoi elementi ha un decorso lento, poichè le sue cellule epiteliali, invece di moltiplicarsi vanno a raggiungere il loro tipo fisiologico, nel quale poi in gran numero rimangono inattivi; inoltre l'adenoma è l'unico dei tumori epiteliali che si sviluppa a preferenza nella giovine età. Non si può dunque ammettere clinicamente nel caso presente che l'adenoma sia insorto nell'epoca nella quale l'ammalata se ne accorse, ma molto tempo prima, non ostante ella assicuri di avere avuto per lo innanzi l' ombelico sempre ben conformato. Nè ciò ci deve sorprendere se pensiamo al piccolo volume che ordinariamente raggiungono questa specie di adenomi diverticolari da uguagliare quello di un bottone di granulazione (Fischer) o quello di un piccolo pisello (Küstner); supponiamo ora questo tumoretto racchiuso in mezzo alle pliche cicatriziali dell'ombelico, in un distretto del corpo che non é oggetto di cure giornaliere e che per la sua situazione e conformazione diviene ad una certa epoca della vita, e specialmente nelle persone grasse, di un esame difficile, e comprenderemo di leggieri come l'adenoma potè passare inosservato per un periodo di tempo. Nè poteva in altra guisa richiamare l'attenzione dell'inferma, decorrendo questo tumore senza produrre molestie.

Finchè dunque la produzione dell' epitelio rimane nell'interno dei tubi ghiandolari, che rigonfi, mandano tralci, ramificazioni laterali od anche fuoruscendone gli epiteli mantengono il tipo degli elementi da cui pervennero e tosto si circondano di una membrana limitante, il quadro anatomo-clinico dell'adenoma è netto e ben conservato; ma quando per uno stimolo o per evoluzione degli elementi, gli epiteli acquistano nuove proprietà morfologiche e fisiologiche, e non più trattenuti nel loro rapido accrescimento invadono, superano, distruggono ogni tessuto vicino, allora all'adenoma si associa o si sostituisce l'epitelioma.

E tale trasformazione spiega molti sintomi clinici già rilevati nel caso attuale: tumore ben limitato a lento decorso e senza molestie fino ad un dato tempo, prende in seguito un rapido andamento, aumenta di dimensioni, interessa, invade i tessuti vicini, ben presto ulcera le parti sovrastanti e si accompagna a dolori lancinanti: questo quadro deve ricercarsi nella metamorfosi dell'adenoma in epitelioma. Come e perchè avvenga un tal fenomeno noi non sappiamo ancora: dirò solo che il Robin ed il Cornil per tumori provenienti dalle ghiandole dell'utero, il Waldeyer ed il Malassez per quelli della mammella. già ammisero come certa tale associazione e trasformazione dell'adenoma.

Se circa 30 anni addietro il Waldeyer nella raccolta di conferenze cliniche di Volkmann, a proposito del cancro, scrisse: «.... io « ricordo i cancri dell'ombelico i quali non di « rado debbono la loro origine agli epiteli in« capsulati nella stessa cicatrice ombelicale. « Purtroppo però nella letteratura manca la « descrizione microscopica di uno di questi casi ». È davvero sorprendente che, dopo tanto lasso di tempo nel quale il progresso delle mediche discipline, è stato meravigliosamente intrepido, oggi io sia costretto a ripetere le stesse parole di quell' illustre autore. La letteratura è infatti ancora oggi deficiente al riguardo; e mentre si trovano pubblicati casi di adenoma ombelicale, la cui patogenesi è collegata a residui o a persistenza del dòtto omfalo-mesenterico, e molte osservazioni di epiteliomi primitivi originatisi dagli elementi epiteliali dello strato mucoso della pelle della cicatrice ombelicale, producendo forme di epiteliomi pavimentosi, manca ogni accenno di neoplasma che abbia avuto la genesi l' evoluzione e la struttura simile al mio. L'unico caso che dopo tante ricerche ho potuto riscontrare e che presenta una certa analogia è quello del Tillaux (Ann. de gynècologie, juin 1887). però non credo che possa arridergli l'onore di riuscire a colmare la lacuna lamentata dal Waldeyer, poichè il caso non è stato trattato e svolto dal lato isto-patologico, come meritava, limitandosi l'A. ad accennare alla sfuggita la diagnosi microscopica formulata dal Cornil: « la tumeur est constituée par un épithélioma cylindrique; cet épithélioma est analogue à ceux qui se développent primitivement dans les glandes de l'intestin ».

Questa deficienza di ricerche altrui mi lascia lusinga che queste mie siano per riuscire non prive di qualche interesse.

BIBLIOGRAFIA

Attimont. Remarques sur le cancer de l'ombelic, Broch. Nantes, 1890. — Augier. *Thèse de Paris*, 1888. — Blum. Tumeurs de l'omb. chez l'adulte. *Arch. gen. de med.*, 1876.—Campanini. Adeno-epitelioma delle gland. sudoripare. *Il Policlinico*, anno IV, 1897, n. 9. — Cohnheim. Patologia generale, 1875. — Cornil. Mémoire sur les tumeurs epithéliales du col de l'uterus *Journ. d'anatomie*, 1864.—Darier. Contribution à l'ètude de l'épithéliome des glandes sudoripares. *Arch. de med. exp.* 1889.—Demarquay. Epitheliome de l'omb. *Bull. soc. chir.*, 1870.—Desprès. Cancer ombelical. Soc. de chir., 1883. — Duplay. Tumeurs de l'omb. Path. ext., t. V.—Durante. Nesso fisio-patologico tra la struttura dei nèi materni e la genesi di alcuni tumori maligni. *Arch. di Palasciano*, 1874.—Idem. Indirizzo alla diagnosi chirurgica dei tumori, 1876. — Idem. Trattato di patologia e terapia chirurgica. Roma, 1895. — Fabre-Domergue. Discussion de l'origine coccidienne du cancer. *Ann. de micrographie*. 1894. — Haeckel. Anthropogenie ou evolution humaine. trad. franc. Paris, 1877. — Hertwig. Trattato di embriologia dell'uomo e dei vertebrati. 4ª ediz., 1894. — Klebs. Hundbuch der path. anat.—Kolaczek. Beiträge zur Geschwulstlehre *Arch. f. Klin. Chir.* XVIII, p. 349.— Idem. Critica all'art. di Küstner sopra gli adenomi dell'omb. dei neonati. *Virchows'Arch.* 1877 p. 537.—Küster. Die Neubildungen am Nabel Erwachsener. *Arch. f. Klin. Chir.* XVI p. 234. — Küstner. Notiz uber den Bau des Fongus umbilicalis. *Arch. f. gynäk*, IX, Heft. III.—Idem. Dell'adenoma e del granuloma dell'omb. nei bambini. *Virch. Arch.* LXIX, p. 286.—Lannelongue et Fremont. De quelques variétés de tumeurs congénitales des l'ombilic. *Arch. gen. de med.*, 1884. — Lücke. Trattato dei tumori, nell'Enciclopedia di Pitha e Billroth. — Maffucci. Congresso soc. it. di chirurgia. Roma, 1895. — Malassez. Sur le cylindrome. *Arch. de physiologie*, 1883. — Müller. Uber den feineren Bau und die Formen der Krankhraften Geschwülste. Berlino, 1838. — Nicaise. Art. Ombelic, dans le Dictionnaire encyclopedique de Descambre. — Orth. Lehrb. der pathol. anatomie. — Pander. Beiträge zur Enwickelung. Wurzburg, 1817. — Prenant. Eléments d'embryologie. Paris, 1896. — Remak. De ovi mammalium et hominis generi. Lipsia, 1827.—Robin. Observation pour servir à l'histoire des tumeurs de la peau. *Arch. gen.* 1854. — Storer. Cancro dell'ombelico. *Boston med. and. Surg. Journ.* 1864.— Tillaux. Traitè de chirurgie clinique. Paris 1888, v. II, p. 99. — Idem. Epithelioma de l'ombilic. *Ann. de gynec. et d'obst.* juin 1887. — Verchere. *Revue de mal cancèreuses*, 1. 2. 1895. — Villar. Tumeurs de l'ombilic. *Thèse de Paris*, 1886,—Virchow. Die Krankhraften Geschwülste. Waldeyer. Zur Entwicklung der carcinome. *Virch. Arch.* 1868.—Idem. Ueber den Krebs. *Sammlung Klin. Vorträge von Volkmann*, 1870 a 1875, N. 33, p. 163. — Wulckow. Cancro dello ombelico. *Berl. med. Woch.* XII, 1875.—Ziegler. Anatomia patologica, trad. italiana, vol. I, p. 310. vol. II, p. 540.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE AMERICANE

OLINIOA MEDIOA DI NASWILLE

E. G. Wood

Morbo di Hodgkin. — Il morbo di Hodgkin, pseudoleucemia o linfadenoma, quantunque sia una malattia relativamente rara, pure occorre con una certa frequenza e mentre la diagnosi presenta spesso grandi difficoltà negli studii della malattia, è invece abbastanza evidente quando la malattia è bene stabilita. Wood riferisce 4 casi di tale malattia. Il primo riguardava un individuo di 39 anni, nella cui anamnesi remota nulla era d'importante, per quel che riguardava tanto lui che la sua famiglia. Consultò Wood per la presenza di tumori al collo, alle braccia ed all'inguine, che erano cominciati a svolgersi cinque mesi prima. Quattro mesi dopo l'inizio del male, l'infermo osservò che l'addome s'era ingrandito, contemporaneamento egli aveva perduto le forze, il colorito ed era diminuito di peso. All'esame si constatò: muscoli flosci, emaciazione, anemia, brevità del respiro. Numerose ghiandole ingrossate s'osservarono al collo, nelle regioni ascellari ed inguinali. La milza era notevolmente ingrandita, il fegato si palpava facilmente.

All'esame del sangue si constarono 2900000 corpuscoli rossi e 8600 bianchi. Il caso progredì rapidamente, s'ebbero brividi e febbre, l'anemia divenne sempre più pronunziata e l'infermo morì di astenia otto mesi dopo i primi sintomi.

Il 2° caso concerne una ragazza quattordicenne che presentò tumefazioni ghiandolari dapprima al cavo ascellare destro, poi al sinistro; in quattro mesi si svilupparono delle masse ad ambo i lati del collo e ad entrambi gl'inguini. La milza era ingrandita, s'aveva anemia spiccata, emaciazione moderata. Per un certo tempo sotto una cura arsenicale intensiva il colorito migliorò e le ghiandole sembrarono diminuire di volume, ma dopo un breve periodo la malattia progredì di nuovo, l'inferma morì venti mesi dopo ch'erano stati osservati i primi sintomi.

Il 3° caso si riferisce ad un ragazzetto di sei anni, il quale due anni prima aveva sofferto d'amigdalite non suppurativa, ch'era stata seguita immediatamente da tumefazione delle ghiandole site dietro la mascella. A questa tumefazione che lentamente progrediva s'aggiunse ingrossamente dei gangli collocati sotto lo sterno-cleido-mastoideo e circa dieci mesi dopo di quelli del cavo ascellare sinistro. Dopo sei mesi cominciarono ad ingrossarsi le ghiandole del lato destro del collo, dalla cavità ascellare destra e poi gli inguinali. Negli ultimi due mesi venne osservato un tumore al lato sinistro dell'addome; in quest'ultimo periodo questo tumore ed i varii gangli aumentarono rapidamente di volume, Per parecchi mesi ebbe ac-

cessi febbrili irregolari. All'esame obbiettivo, oltre ai fatti succennati, si constatò ingrossamento della milza e del fegato; all'esame del sangue si contarono 2380000 globuli rossi, c'era poichilocitosi moderata, non aumento dei leucociti. Dopo tre mesi dall'esame il ragazzo cominciò a migliorare, ma in seguito peggiorò notevolmente.

Il 4° caso fu osservato in persona d'una signora trentenne, madre di 4 bambini. Circa 7 mesi prima che venisse esaminata, notò una tumefazione al lato sinistro del collo. Dopo 3 mesi ebbe un attacco di' grippe. Prima che venisse osservata da Wood, presentava pallore, diminuzione di peso, tosse e dispnea, tumefazioni ghiandolari al collo, e nelle regioni ascellari ed inguinali.

All'esame si constatarono i fatti seguenti: anemia pronunziata, tumefazione delle ghiandole linfatiche sunnominate, tumefazione della milza. Un mese circa dopo il primo esame la tosse era diminuita, l'inferma si sentiva più forte, le tumefazioni ghiandolari del collo erano diminuite, però la gamba sinistra aveva cominciato a gonfiare, specialmente verso sera.

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE DI CALIFORNIA — Edward von Adelung

Un caso di nevrosi traumatica con emorragie dal faringe. — Una donna trentaseenne spinta giù da un treno nel momento che questo partiva cadde sui ginocchi e sul braccio destro, soffrendo uno schock psichico e fisico. Nell'alzarsi dopo alcuni secondi, avvertì uno sgorgo di liquido dalla vagina che poi constatò essere sangue. È a notare che le mestruazioni erano cessate alquanti giorni prima.

Nulla eravi nella famiglia di nevropatico, la donna era stata perfettamente sana e non aveva mai sofferto di disturbi nervosi. All'esame obbiettivo praticato lo stesso giorno dell'accidente vennero constatati i seguenti fatti: disturbi sensitivi e debolezza muscolare su tutto il corpo, più pronunziati al lato destro. La regione spinale era molto sensibile, eravi lieve rigidità nei muscoli del dorso e degli arti di destra. Il braccio e la gamba destra erano più freddi che quelli di sinistra, tanto subbiettivamente che obbiettivamente.

Alla pressione dei tendini, alle piegature del gomito e del ginocchio destro si suscitava dolore. Nulla d'anormale agli ovarii ed agli altri organi sessuali.

La sera dell'accidente la donna ebbe un accesso isterico. Da quel giorno è scorso circa un anno, ed in questo periodo di tempo si sono osservati i fatti seguenti, varii per intensità: carattere serio, irritabilità, noja, inabilità a fissare l'attenzione, poca energia fisica e mentale, impossibilità a parlare correntemente e rapidamente come prima, insonnia, cammino lento e cauto, potere muscolare indebolito a destra, forza generale diminuita, spasmi muscolari in combinazione cogli accessi isterici, lentezza della palpebra inferiore destra, riflessi patellari esagerati, dolori al dorso ed al braccio destro, sensibilità della spina, prima estesa al segmento inferiore del midollo cervicale, a tutto il midollo dorsale ed al lombare superiore, ora confinata quasi solo alla 7ª vertebra cervicale ed alle 1ª 3ª 6ª e 7ª dorsali; cefalea non continua, sensazione subbiettiva di freddo alla parte posteriore del capo e nella regione spinale superiore, perdita considerevole dei capelli, specialmente del lato destro del capo, mancanza d'appetito, irregolarità delle mestruazioni, spasmi isterici, contrazione unilaterale del campo visivo a destra, perdita nell'appetito sessuale. Un fatto importante è costituito dall'emorragie faringee, che cominciarono 20 giorni circa dopo l'accidente; dapprima n'aveva due o tre per settimana, qualche rara volta n'ebbe due in un giorno, ultimamente una ogni quindici giorni. Si poteva escludere la mestruazione vicariante. Non v'erano nausea o vomito, nè altri disturbi gastrici; i polmoni erano sani; nulla nella cavità nasale.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

R. ACCADEMIA MEDICA-CHIRURGICA DI NAPOLI

Seduta del 27 agosto 1899.

Presidente prof. De Martini

(nostro resoconto particolare)

A. Calabrese. **Contributo allo studio del mixedema infantile e dell'azione dei preparati di tiroide.** — Ebbe occasione di studiare nella Clinica del prof. Cardarelli un ragazzo di 10 anni (nato da genitore alcoolista e da madre con gozzo) nel quale i fatti del mixedema si manifestarono all'età di 10-12 mesi. Presentava tutte le note dell'idiozia mixedematosa, soltanto il gonfiore cutaneo, invece di esser duro, resistente, era invece molle, da dare un'apparenza di tessuto lipomatoso; e poi il ragazzo non era privo d'intelligenza, ma soltanto privo di sveltezza, pigro nel rispondere ed anche nei movimenti. Cita altri casi pubblicati da Bourneville, Pilliet e Marfan, Lick, Immerwolt, nei quali la infiltrazione cutanea era fatta da grasso, ed accenna alle forme fruste di mixedema con conservazione dell'intelligenza ed all'ipotesi del Brissaud di un mixedema tiroideo, con integrità degli elementi paratiroidei, e quindi dell'intelligenza.

Il ragazzo fu curato con le tavolette di tirode compressa (da una a tre al giorno): gli effetti furono meravigliosi. Il Calabrese presenta la fotografia del ragazzo prima e dopo un mese di cura, e poi presenta pure il ragazzo, completamente guarito del gonfiore mixedematoso e presentante solo le note dell'arresto di sviluppo. Dopo

42 giorni, l'uso della tiroide dovette esser sospeso per gravi fatti di tiroidismo, i quali subito scomparvero appena sospeso il rimedio. Però vedendo dopo 15 giorni ricrescere il peso del corpo, fece prendere al ragazzo una tavoletta in giorni alterni ed in tal modo la miglioria persiste già da un mese.

Il Calabrese passa a dimostrare il rapporto tra tiroide ed idiozia o cretinismo da una parte e tra tiroide ed accrescimento e sviluppo del corpo dall'altra, togliendo argomenti dalle osservazioni cliniche, dagli esperimenti sugli animali, dai risultati delle operazioni di gozzo ne' bambini, e dalla azione dei preparati tiroidei. Cita i bellissimi studi di Hertoghe di Anversa sull'azione dalla tiroide sulla crescenza sia in bambini mixedematosi, che con arresto di sviluppo per altre ragioni.

Mediante bellissime radiografie delle mani e delle articolazioni dei gomiti del ragazzo mixedematoso Calabrese dimostra che la crescenza è possibile, perchè vi ha ritardo nella ossificazione: infatti dalle fotografie, fatte con i raggi di Röntgen, si vede che mancano i punti epifisari dell'estremo inferiore dell'omero e superiore del radio, dello estremo inferiore del cubito: esistono solo tre ossa del carpo, mancano i punti di ossificazione complementari per i metacarpi e le falangi.

Infine Calabrese espone i risultati delle sue ricerche sull'azione della tiroide sul sangue e sul ricambio materiale. Il sangue del ragazzo faceva notare diminuzioni di globuli rossi, che erano di diametro maggiore del normale, diminuzione dell'emoglobina: con la tiroide aumentò il numero dei rossi, di poco si elevò la cifra dell'emoglobina, diminuì il volume dei globuli.

Non riscontrò la glucosuria alimentare dopo l'uso della tiroide dando fino a 100 gr. di glucosio.

Gli esperimenti sul ricambio furono eseguiti oltrechè sul ragazzo mixedematoso anche sopra una giovane donna, non mixedematosa, ma che presentava una forma strana di disturbi neurotrofici e vasomotori. Nel ragazzo mixedematoso, nel quale prima della cura si notava una leggiera ritenzione di azoto, si ebbe, con l'uso della tiroide, una forte iperazoturia, crebbe specialmente l'azoto ureico, e poi si ebbe pure aumento della diuresi, dei cloruri, dei fosfati: nella donna non mixedematosa nella quale vi era ritenzione di gr. 2.073 di azoto, con l'uso della tiroide si raggiunse e di poco si superò l'equilibrio, quindi pure aumentò l'azoto ma non in proporzione dell'altro caso. Ad ogni modo si può concludere che realmente la tiroide produce scomposizione dell'albumina ed accelera il ricambio materiale.

A. Calabrese. **Sopra una forma singolare di disturbi trofici e vasomotori.**—Ritorna sul caso di quella giovine donna, presentata all'Accademia nella tornata precedente ed alla quale pure somministrò la tiroide per studiare il ricambio.

E' una giovane a 20 anni, senza dati ereditarii in famiglia, mestruata a 17 anni. Nel novembre del 1897, mentre avea la mestruazione, fu colta in campagna da un grave temporale, per modo che patì un forte spavento e le si arrestò bruscamente la mestruazione, che d'allora in poi non é più ricomparsa. Due mesi dopo cominciò a notare un gonfiore che dagli arti inferiori si estese in seguito al tronco e quindi anche al volto, accompagnato da un rossore vivo. In seguito a pediluvi e strofinazioni il gonfiore agli arti inferiori scomparve, mentre si andò sempre più accentuando il gonfiore ed il rossore del volto. Contemporaneamente ebbe a notare caduta di capelli e comparsa di peli al labbro superiore, da costituire un bel mustacchio non che alle gote e nel mezzo del dorso; inoltre avvertiva pesantezza di testa, dolore alla regione sacrale e parestesie al volto ed agli arti. Nel settembre dell'anno passato comparvero degli smagliamenti color rosso vinoso sulla cute del basso ventre fin alle regioni glutee, e poi sulle mammelle, smagliature che si sono andate sempre più diffondendo ed ingrandendo: infine nella parte alta del dorso comparvero delle grosse flittene, da cui fuoriuscì gran copia di liquido siero ematico e delle quali tuttora si vedono le cicatrici.

Tranne il notevole rossore del volto, ed il gonfiore del volto e della parte alta del tronco (gonfiore che non è certo edematoso, perchè non lascia veder fovea dopo la pressione del dito) tranne le smagliature, la caduta di capelli e la comparsa dei peli nelle sedi indicate l'inferma non lascia notar altro. Lo scheletro è bene sviluppato, motilità, sensibilità, reazione elettrica, riflessi; tutto normale. L'intelligenza è sviluppata in rapporto al suo stato sociale, la memoria integra, facoltà affettive bene sviluppate. L'esame del sangue e delle urine non fa rilevar nulla di anormale.

Quantunque a prima giunta poteva sorgere il dubbio di mixedema, vedendo quella faccia di luna piena, pure per l'anamnesi e per la forma clinica questa diagnosi fu esclusa dal prof. Cardarelli nella sua lezione clinica, prima ancora che si fosse sperimentato l'uso della tiroide; e fu fatta diagnosi di una singolare forma di disturbi trofici e vasomotori, alla cui produzione non fu certo estraneo il forte spavento, patito dall'inferma, seguito dalla sbrusca soppressione mestruale.

Le furono somministrate le tavolette di tiroide compressa (da una a tre al giorno) senza alcuno giovamento; appena il polso da 60 giunse a 93, il peso del corpo diminuì di 100 gr., il ricambio di poco si accelerò. Allora si ricorse alla iodotirina, ma anche senza buon risultato. Fu perciò somministrata la tiroide fresca di pecora fin a 300 gr. ma non si ottenne miglioria e dovette esser sospesa per l'insorgere di fatti di tiroidismo.

Qualche giovamento, temporaneo però, parve

ottenesse l'inferma dalla galvanizzazione del simpatico.

Furono anche somministrate tabloidi di ovarina (1 a 30 al giorno) ma la mestruazione non ricomparve, le vampe di colore al volto, che avea continuarono e l'inferma seguitò ad ingrossare.

F. P. Sgobbo avendo osservato, dalla tabella presentata dal prof. Calabrese, che nel ragazzo mixedematoso sospeso l'uso della tiroide, il peso del corpo tende ad aumentare, consiglia di praticare l'innesto sottocutaneo della tiroide, per non vedere scomparire i buoni effetti ottenuti.

A. Calabrese risponde che ha già detto come avendo fatto prendere al ragazzo una tavoletta in giorni alterni, la miglioria si mantiene immutata da un mese. Ove non persistesse, forse s'indurrebbe a seguire il consiglio del prof: Sgobbo.

G. Ninni. **Alcuni casi di chirurgia vasali.**—Riferisce alcuni casi da lui operati, che si prestano ad importanti considerazioni soprattutto dal punto di vista pratico. In quei casi dietro una lesione vasale apparentemente insignificante (e tale giudicata da' medici) si ebbe la formazione di aneurisma, per cui poi dovette ricorrere ad atti operativi molto serii, quali l'amputazione, o la disarticolazione di un intero arto, e per di più si ebbe in due casi l'esito letale.

G. Corrado. **A proposito di una mummia.**—Illustra una mummia vissuta circa un secolo fa nei dintorni di Cagliari e conservata da circa 20-25 anni nel Museo Anatomico di quella Università. Dallo studio minuto di tutti gli organi interni della mummia trae corollari importantissimi sia dal punto di vista scientifico, che della pratica medico-legale.

E. De Renzi e S. Coop **Sulla relazione tra i riflessi e la tonicità muscolare.** — Il Coop anche a nome del prof. De Renzi, riferisce sugli studi fatti col miotonometro del Mosso in tre casi di mielite trasversa, l'uno per compressione da morbo di Pott, e gli altri due per sifilide spinale (tipo Erb).

In tutti e i tre riflessi si mostravano esageratissimi, eppure nel 1° la tonicità muscolare era quasi normale, nel 2°. era molto diminuita, e nel 3°, quasi completamente paraplegico, enormemente diminuita.

Da queste osservazioni concludono che non vi è alcun rapporto tra l'esagerazione dei riflessi e l'ipertonicità muscolare, potendo questa esser diminuita e quella esagerata. Essi spiegano la resistenza che si ottiene ai tentativi di flessione degli arti come contrazione muscolare riflessa, e non come dovuta ad ipertonia.

F. Fede e E. Cacace. **Del rachitismo fetale.** — Fanno dapprima rilevare come il rachitismo fetale da taluni sia ammesso e ritenuto assai frequente (68-75 0|0); da altri sia negato ritenendo le alterazioni presentate dai neonati di tutt'altra origine. Hanno osservato ben 500 neonati distinti in 474 nati a termine (428 maschi e 226 femmine), 22 nati ad otto mesi, e 4 a sette mesi, ed hanno in tutti ricercate accuratamente le note del rachitismo. Solo in 3 dei 474 nati a termine han riscontrato la craniofabe, ed in 129 evidenti lesioni craniche (fontanella anteriore ampia, laterale e posteriore non chiusa, suture non saldate ecc). Un solo fra i 500 ha fatto notare tutte le note cliniche del rachitismo.

Tenendo presente che i neonati osservati eran figli di donne mal nudrite ed obbligate ad esercitare pressione sul loro addome per nascondere la loro colpa, considerano le lesioni craniche notate nel 28 °|o di casi come espressione di sviluppo ritardato e non di rachitide incipiente, e concludono che: i nati con note cliniche del rachitismo sono rarissimi.

O. Morisani crede non si debba poi accordare tanta importanza alle fontanelle ed alle suture, potendo restare aperte per molto tempo anche in bambini sani.

A. Cardarelli consiglia di estendere le ricerche anche sui nati della classe agiata, perchè più che nei figli dell'amore, provenienti ordinariamente da genitori validi e robusti, nei figli della classe benestante si osservano spesso fatti di rachitismo, sopratutto per la ragione dei frequenti matrimoni fra consanguinei.

V. Lauro ricorda il suo lavoro sul rachitismo fetale ed i due casi a lui occorsi, concludendo che il rachitismo fetale non deve poi esser ritenuto così raro, come parrebbe dalle ricerche del prof. Fede.

M. Del Gaizo. **Della vita e delle opere di Michele Troia.** — Presenta una II^a memoria, illustrando la vita di quell'illustre scienziato napoletano.

Movimento biologico universale

1. Hirschberger, come contributo allo studio della « **scoliosi congenita** », descrive alcuni preparati, da cui desume come la causa di tale deformità si debba o ad arresto di sviluppo, dei corpi vertebrali, o, come per lo più accade, a fatti di rachitide fetale. (*Zeitschrift für orthopädische Chirurgie*, 7, vol. fasc. 1).

2. S. L. J. Steggall tratta dell'« **uso della chinina nell'emoglobinuria malarica.** « Dimostra come la chinina sia causa di irritazione dei reni e può esser causa di emoglobinuria. Gli accessi malarici nei casi cronici con cachessia malarica possono esser causa di emoglobinuria. In questi casi la chinina perde il suo effetto specifico, e bisogna associarla al ferro ed all'arsenico. (*Medical Record*, n. 1052, 19 agosto 1899).

3. Herman B. Baruch si occupa dell'« **edema angioneurotico** » di cui riferisce quattro casi. Fa

rilevare l'oscurità in cui si è circa l'etiologia e la patogenesi di questa forma morbosa indicata con i nomi più svariati, e dai suoi casi deduce che per lo più si tratti di un'auto-intossicazione intestinale, per cui la prima indicazione nella cura dev'esser quello di sbarazzare l'alvo. (*Medical Record* n. 1052, 19 agosto 1899).

4. Marziali porta un « **contributo allo studio dell'etiologia delle pleuriti idiopatiche** » Dalle sue esperienze risulta evidentemente che la condizione anatomica delle pleure invocata dal Maragliano per opporsi alla possibilità di una pleurite tubercolare primitiva, non ha più alcun valore. (*La Clinica moderna,* n. 35, 30 agosto 1899).

5. Fischer, volontario dell'istituto anatomo-patologico di Praga, publica un « **caso di carcinoma primitivo, mixomatoso dell'esofago.** — Il paziente venne a morire per cui il Fischer potè farne l'autopsia e studiare istologicamente la neoformazione, la quale primitivamente (fatto raro) si era impiantata nel tubo esofageo (*Prager medicinische Wochenschrift,* n. 31, 3 agosto 1899).

NEUROPATOLOGIA

NEVRALGIA EPIDEMICA LOCALE

Non v'ha alcun dubbio che certe nevralgie debbono essere riguardate come primitive, almeno nello stato odierno delle nostre conoscenze, e ci è ignota la loro etiologia, al pari del sostrato anatomo-patologico. Il Wille dalla metà di agosto alla metà di novembre del 1898 ha osservato in Oberdof un grandissimo numero di casi di nevralgie da causa ignota, ed egli parlò perciò di una nevralgia epidemica locale (*Münchener medicinische Wochenschrift,* n. 33-35, 1899). I casi osservati da lui in quel periodo di tempo furon più di 50, ma prima di allora ne accorsero sotto la sua osservazione parecchi sporadici. Aggiungendo alle osservazioni del Wille quelle fatte nello stesso lasso di tempo dai suoi colleghi, i casi sommano in tutto a 112. In tutti si poteva escludersi qualsiasi rapporto con una malattia infettiva acuta o cronica. Poteva assolutamente escludersi che si trattasse di *herpes zoster* e del pari di neurite primitiva multipla. La malaria larvata non poteva entrare in campo: la regione non era affatto malarica, le nevralgie non si accompagnavano a febbre, ed i periodi di dolore erano spesso remittenti. ma per lo più decorrevano atipicamente, senza tumore di milza nè cachessia. Il chinino aveva poca azione. Dippiù da lunghissimo tempo in quella regione non si era avuto un caso di intermittente malarica con i suoi sintomi patognomonici. Poteva trattarsi di nevralgie da influenza? L'influenza non ha alcun segno clinico patognomonico, e d'altra parte la dimostrazione del bacillo di Pfeiffer-Canon, supposto che esso sia il microbo specifico, non può per lo più esser fatta dal medico pratico della campagna. Ma dal lato clinico è caratteristica dell'influenza un'affezione catarrale acuta febbrile dell'apparecchio respiratorio o digerente con partecipazione del sistema nervoso centrale, la quale si manifesta con aumento o diminuzione della sua eccitabilità per causa delle tossine specifiche, per lo più in forma di nevrosi, di neurastenia cerebro-spinale o di psicosi. Ma nel complesso sintomatico nervoso dell'influenza è difficile incontrare le nevralgie tipiche. Contro il sospetto che si trattasse di forme rudimentali o larvate d'influenza, si può dire che nessuna malattia epidemica si manifesta esclusivamente in forma larvata la quale suole osservarsi, come caso eccezionale, in mezzo ad un gran numero di casi che riproducono il tipo delle malattie.

Nella statistica del Wille le donne erano a preferenza colpite dalla nevralgia. Secondo lui, ciò è dovuto non tanto alla maggiore suscettibilità del sesso femminile, quanto alle condizioni anatomiche ed alle funzioni fisiologiche della sfera genitale femminile la quale offre molti momenti predisponenti sia per i processi di sviluppo durante la pubertà che inducono modificazioni circolatorie e nervose, sia per le gravidanze e per i parti spesso accompagnati ad emorraggie.

Riguardo alla professione il maggiore contingente nei casi del Wille era dato dalla gente di campagna e da quella dedita alla pastorizia (77 °|o). È probabile che le malattie costituzionali abbiano un'influenza sulla manifestazione di quella forma di nevralgia: alcuni casi pare che debbano mettersi in rapporto con l'anemia di cui soffrivano i pazienti, altri con la clorosi, altri con marasmo precoce, altri con l'alimentazione insufficiente.

Non può poi negarsi la importanza della disposizione neuropatica: in parecchi dei casi osservati esisteva l'isterismo, l'ipocondria: in molti eravi grave labe ereditaria.

Riguardo alle cause occasionali della nevralgia epidemica, non si rileva dalle varie notizie anamnestiche nulla che possa avere una certa importanza.

FORMULARIO

Simon. — **Tintura contro la lienteria infantile**

Tintura di china	gr.	5
» rabarbaro	»	2
» colombo	»	2
» noce vomica	»	0,50

Da 5 a 10 gocce prima dei principali pasti nell'acqua fredda o nell'acqua con l'aggiunta di vino di china.

Sandwith. — **Cura della disenteria acuta coi clisteri al solfato di rame**

Solfato di rame . . . . gr. 1
Tintura di oppio . . . . . gocce XV
Amido. . . . . » 30
Acqua . . . . . . c. c. 250 a 1 litro
per 1 clistere al giorno.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste bubbonica

Pietroburgo, 29.—Informazioni sicure recano che la malattia misteriosa comparsa recentemente nel villaggio di Kolobovka, nella provincia di Astrakan, prima detta pneumonite acuta, è invece peste.

Numerosi casi sono finiti colla morte, e la situazione sembra così pericolosa, che il duca di Oldenburg, presidente del Comitato per combattere la propagazione della peste, è stato inviato a Kolobovka con parecchi medici distinti per fare un rapporto sul carattere reale della malattia e sulla bontà dei provvedimenti sanitari e d' isolamento già adottati per localizzare la malattia.

Berlino 30. — Giungono notizie da Pietroburgo che, in previsione del propagarsi della malattia sospetta constatata nella provincia di Astrakan e che potrebbe anche essere peste bubbonica, si preparano le più serie misure di precauzione.

Intanto si è già radunata la Commissione sanitaria municipale di Pietroburgo per discutere le misure da prendersi per fronteggiare qualunque eventualità.

Parigi, 30.—Ad Algeri si presero misure severissime per l' osservanza della quarantena e delle visite mediche per le navi che arrivano dalla Spagna. Tuttavia un gran numero di piccoli legni spagnuoli che esercitano il contrabbando sfuggono alla vigilanza delle autorità.

La cosa desta vivi timori.

Parigi, 31. — L' istituto Pasteur inviò una missione in Oporto per studiarvi la peste.

Il ministro degli esteri, Delcassè, accreditò ufficialmente, presso il Governo del Portogallo, la missione.

Oporto, 31. — Ieri un caso ed un decesso.

Roma, 31. — Dal ministero dell' interno furono diramate nuove, rigorose misure sanitarie, in seguito all'aggravarsi delle notizie sulla peste.

Madrid, 31.—Notizie ufficialmente pervenute al Governo annunziano che ieri, ad Oporto, vi furono nuovi e gravi casi di peste bubbonica. Sono stati impartiti severissimi ordini alle autorità di frontiera.

Oporto, 1. — Ieri vi fu un caso sospetto.

Oporto, 1. — Il Governatore ha proibito, ieri, una riunione dell' Associazione commerciale, che doveva tenersi nel pomeriggio. La folla protestò. Furono operati alcuni arresti.

Congresso regionale toscano delle « Compagnie di pubblica assistenza ed affini ».

Il 25 si è adunato a Viareggio il congresso sotto la presidenza dell'avv. Riccioni.

Ad ore 17,30 si è aperto il congresso col discorso inaugurale del presidente Riccioni, salutante i congressisti e le gentili signore intervenute. Il saluto rivolto all'ex ministro Coppino, presente, è accolto da applausi, come pure la fine del discorso chiuso con un'invocazione alla patria.

Si leggono le adesioni degli on. Colaianni, Socci, Pantano, Zanardelli, Poli, del senatore Mordini e del generale Canzio.

Prende la parola il dott. Calderai, relatore, che pronunzia un elaborato discorso.

Vengono nominati a far parte della direzione del Congresso: Riccioni, come presidente; Volpi Paolo e Collodi Giuseppe, vice presidenti; Salvini, segretario generale; Cecchini e Mugnaini, vice segretari.

Dopo questa nomina il Congresso è rimandato a lunedì 28 ad ore 8.

Il 27 arrivano le associazioni da Livorno, Pisa, Pontedera, Empoli, Lucca, Bagni di Lucca ecc., ricevute alla stazione dal corteo delle P. A. e M. S.

Il corteo si forma alle 11,30 sulla piazza Vittorio Emanuele e muove alle 11,45 ordinatissimo, percorrendo Viareggio all'intorno per recarsi poi allo stabilimento *Nettuno*, dove deve aver luogo l'inaugurazione della bandiera della *Croce verde*.

Quivi irrompe una fiumana di popolo; le associazioni prendono il loro posto, i vessilli si raggruppano intorno al palco, ove si trovano tutti i presidenti delle associazioni intervenute.

La signorina Canizzaro Teresa sventola la bandiera della *Croce Verde*, dono delle signore viareggine. È salutata da applausi interminabili; quando pronunzia nobili parole, consegnando il nuovo vessillo al presidente Nelli, il popolo si commuove, applaude elettrizzato.

Il presidente Nelli, dopo applaudito discorso, presenta il dott. Collodi di Pisa, padrino della bandiera.

Sorge quindi a parlare il dott. Collodi, il quale dopo aver detto che non era preparato giacchè il discorso inaugurale doveva tenerlo il prof. Battelli, entra nel campo della pubblica assistenza, accenna all'alta, nobile, umanitaria missione, che a dette Società è riservata, si dilunga molto e parla eloquentemente delle dolorose trafile dalle quali per causa dei sistematici avversari a queste istituzioni, sono dovute passare prima di raggiungere la meta prefissa.

Dopo di lui l'avv. Riccioni fa una invocazione alla bandiera inaugurata. Il corteo si ricompone per

sciogliersi poi al regio Casino, sede del Congresso.

Uno stuolo di gentili signore e signorine, un numero infinito di signori assistevano applaudendo.

La cerimonia riuscì solenne, imponente, dignitosa oltre ogni dire. Alle 13 1[2 le Associazioni si sciolsero al suono di un inno, scritto appositamente per banda dal maestro Oreste Conti.

Ecco i nomi delle associazioni intervenute alla solenne cerimonia:

Filarmonica cittadina — Municipio di Viareggio — Congressisti — Croce Verde, Lucca — Rappresentanza Società Volontaria di Soccorso, Livorno — P. A. Pescia — P. A. Siena — Croce d'oro, Pistoia — P. A. Pistoia — P. A. Pontedera — P. A. Pisa — Croce Bianca, Pisa — Loggia Mazzini, Livorno (Barriera Garibaldi) — Loggia Fratellanza Universale, Pisa — Loggia Darwin, Pisa — Loggia Anita Garibaldi, Livorno — Capitani marittimi, Viareggio — M. A. impiegati, Viareggio — Muratori, Viareggio — Gruppo indipendente garibaldini, Viareggio — Maestri d'ascia e calafati, Viareggio — Veterani e reduci, Viareggio — P. A. Orbetello — P. A. Pitelli — P. A. Spezia — P. A. Viareggio — P. A. Arcola.

Tutte le associazioni avevano i loro vessilli.

Alle ore 17 ebbe luogo sul viale Manin, nei pressi del molo, l'estrazione di una tombola di Lire 800 a favore della Pubblica Assistenza e Congregazione di Carità. Alle 20 vi fu banchetto sociale al *Nettuno* ove si brindó allegramente e si pronunziarono discorsi inneggianti al miglioramento ed affratellamento delle Società di Pubblica Assistenza.

Il 28 a ore 8, nella sala maggiore del R. Casino, i congressisti si sono radunati per la discussione dei temi presentati.

Si dà lettura della proposta del chimico-farmacista Francesco Lenci, sulla «Costituzione della Federazione toscana fra le Società di pubblica assistenza».

Questa proposta viene discussa con molto interesse e lungamente. Quasi tutti gl' intervenuti si trovano d'accordo in massima; e dopo fatte delle obiezioni logiche ed emendamenti considerevoli, la proposta viene approvata con la deliberazione seguente:

«Le Società di pubblica assistenza, convenute al Congresso, deliberano di costituire una federazione regionale, facendo voti che le altre consorelle prendano esempio e servano a rafforzare la federazione nazionale che potrà costituirsi fra non molto.»

Si passa quindi al tema 2°, cioè all'approvazione dello schema di patto federale fra le Società di P. A. toscane.

Alle ore 2 1[2 seduta pom. per la discussione dei seguenti temi:

«Le associazioni di pubblica assistenza di fronte ai concetti moderni della previdenza» — relatore dott. Dario Calderai.

«Le associazioni di pubblica assistenza e la lotta contro la tubercolosi» — relatori dottori Frassi e Salvini.

«I servizi municipali d'igiene e le associazioni di pubblica assistenza» — relatore dott. Calderai.

«Dispensari chirurgici per i poveri» — relatore dott. Calderai.

«Congregazioni di carità ed associazioni di Pubblica assistenza» — relatore dottor Calderai.

Alla fine della seduta il congresso fa voti che debba presto sparire il terribile flagello della guerra considerandolo come il più grande infortunio, che possa colpire la umanità; riconosce che in caso di guerra il compito delle P. A. sarebbe chiaramente indicato dalla natura stessa della istituzione. Fa perciò voti che la «Croce Rossa» non isterilisca l'opera sua in una missione unica e che tutti ci auguriamo non debba mai compiersi, ma cooperi alla soluzione dei problemi umanitari, che più urgono nel momento attuale.

Nella seduta antimeridiana si sono trattati i seguenti temi: «In qual modo le Associazioni di pubblica assistenza potranno essere di aiuto alla Croce Rossa in caso di guerra o di grandi calamità pubbliche. (relatore dott. Calderai) — Sostituti dei magazzini cooperativi nei piccoli centri. (relatore G. Del Beccaro). — Della personalità giuridica alle Società di M. S., (voti per la modificazione della legge 5 aprile 1886) (relatore Barberis).» La discussione promossa dai vari temi è stata molto, ma molto calorosa; oratori, ispirati a sentimenti elevatissimi, portarono la loro voce efficace, perchè la soluzione dei temi proposti si rendesse più facile e tale da essere accolta con entusiasmo dai rappresentanti le diverse Società di pubblica assistenza.

Il Congresso, s'intrattiene nella discussione del tema «Le Associazioni di Pubblica Assistenza e la lotta contro la tubercolosi». E' una questione molto importante e che richiede la massima considerazione di tutti coloro che si propongono di raggiungere la meta tanto desiderata, per la diminuzione delle malattie dei tubercoli, che in oggi si estendono in modo così spaventevole.

I relatori, dottor Frassi e Salvini Giuseppe, danno in proposito le più ampie spiegazioni dipingendo questo male come uno dei più tetri, e dei più facili a propagarsi.

Presenta un ordine del giorno il dott. Gaetano Bonanno, il quale ritiene necessario affermare che data la convinzione esistente dei congressisti di istituire un sistema di prevenzione e di repressione per la tubercolosi, é dovere di tutte le Società umanitarie interessarsi presso l'ente governo affinchè si occupi e protegga la istituzione dei sanatori contro la tubercolosi, come già si pratica all'estero.

Questo tema viene trattato con molta cono-

scenza e desta il massimo interesse in tutti i presenti.

Il dott. Venanti accenna ad uno dei mezzi scientifici più positivi, che possono condurre a « porre un freno alla invadente malattia. Ho constatato, egli dice, che la maggior parte dei tubercolosi, provengono dalla nascita da genitori affetti da questa malattia, sarebbe quindi opportuno studiare la linea di condotta che le Società di assistenza dovranno tenere allo scopo di evitare matrimoni fra persone che sieno già ammalate e candidate alla tubercolosi ».

Il relatore generale, dottor Calderai, mentre approva le istruzioni date dal Venanti, prega questi a portare la sua proposta al prossimo Congresso medico che avrà luogo in Como. Si pone all'approvazione l'ordine del giorno Bonanno e viene approvato alla unanimità

Si accetta un ordine del giorno Sardi, che conclude col « richiamare gli enti centrali o comunali alla cura dei tubercolosi ed al loro ricovero ».

A questo punto vien proposto ed approvato il telegramma seguente da inviarsi ai professori Maffucci, Queirolo, Di Vestea dall'Università di Pisa:

« Congresso società pubblica assistenza, discutendosi tema tubercolosi istituzione sanatorii, acclamava Voi, apostoli lotta iniziale. »

Si passa quindi alla relazione Volpi circa il progetto di ricovero climatico pei soci delle P. A. e di Mutuo Soccorso.

E' accettato ad unanimità senza neppure discuterla.

Si intende che su tutti i temi si delibera *ad referendum;* nel congresso futuro si sanciranno o no le deliberazioni odierne; secondo il voto emesso da ogni associazione.

Ecco l'ordine del giorno in proposito:

Il congresso udita la relazione del presidente della « Croca Verde » di Lucca intorno alla istituzione di un ricovero per la cura climatica, considerata l'importanza e la praticità del ricovero, fa voti che il progetto del relatore Volpi, oggi presentato, sia approvato in seno alle diverse associazioni, rimettendone la esecuzione alla federazione regionale toscana fra le società laiche di P. A.

Si passa alla lettura di altri temi e poichè l'ora è troppo avanzata si manda la discussione alla seduta pomeridiana.

Ripresa la seduta alle ore 3 1|4, il dottor Paolo Volpi presenta il suo progetto per un « Ricovero per cura climatica. » L'idea, viene accolta favorevolmente; e si approva un ordine del giorno proposto dallo stesso Volpi, col quale tutte le Società di P. A. fanno voti affinchè si possa con sollecitudine porre ad effetto questo suo progetto.

Si discute il tema XI presentato da Del Beccaro Guglielmo e si viene a questa deliberazione:

Il Congresso sentito il relatore generale dottor Calderai sul quesito XI, relatore G. Del Beccaro, delibera di raccomandare la istituzione di magazzini cooperativi nei centri che ne sono suscettibili, e negli altri la istituzione di accolli di forniture dei generi di prima necessità in generale e dei generi alimentari in particolare, qual primo passo ed esempio al regime dei magazzini cooperativi.

A questo punto si dovrebbe trattare l'importante tema: la P. A. e la cremazione, proposto dal dott. Calderai, ma egli propone di rimandarlo al futuro congresso.

Dietro proposta del dottor Venanti si esprime il voto che le società di P. A., che ancora non l'hanno fatto, istituiscano le scuole samaritane pei soccorsi d'urgenza.

Il tema XV: « atteggiamento delle società di P. A. dinanzi al progressivo peggioramento del proletariato » svolto ampiamente dal dott. Bonanno, non è stato accettato, non volendo i congressisti pronunziarsi sur un tema, che include le ragioni politiche, le quali debbono essere estranee alle compagnie di P. A.

Viene deliberato di considerare come approvati i verbali riferentisi alle ultime sedute, nonchè la relazione generale, già pronta, del segretario del congresso Salvini.

Dopo scambievoli saluti e ringraziamenti della presidenza e dei rappresentanti, tra applausi generali si chiude l'ultima seduta designando Firenze a sede del futuro congresso.

X. Congresso della Società freniatrica italiana in Napoli

Dal 10 al 14 Ottore p. v. avrà luogo in Napoli il X Congresso dei Medici alienisti italiani. Le sedute del Congresso e le conferenze dimostrative si terranno nella grande Sala dell' Istituto Tarsia in Via fuori Porta Medina.

Il Congresso si occuperà in modo speciale dei Temi seguenti:

1. Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali da adottarsi nei Manicomi e nelle Cliniche — Relatore Dott. G. C. Ferrari.

2. Quali contributi diano e promettano di dare alla Psicologia normale e patologica i dati dell'Anatomia — Relatore Dott. E. Lugaro.

3. La Psichiatria e lo studio dell' individuo e delle sue attività nei rapporti sociali — Relatore Prof. S. Venturi.

4. Le intossicazioni e le infezioni nella patogenesi delle malattie mentali e delle nevropatie — Relatori Prof. G. D'Abundo, Dott. C. Agostini.

Durante e dopo il Congresso vi saranno visite ed escursioni al nuovo Manicomio di Napoli e ai Manicomii della regione. Saranno anche organizzate gite sociali ai punti più interessanti dei dintorni di Napoli (Pompei, Sorrento, Capri, Vesuvio).

I membri della Società freniatrica italiana che intendono intervenire al Congresso debbono darne annuncio alla Presidenza della Società (Prof. Tamburini, Reggio-Emilia), e adempiere al prescritto dell' art. 12 dello Statuto per ciò che riguarda il pagamento delle quote annue sociali al Segretario Tesoriere della Società (Dott. Giovanni Algeri, Monza), onde ricevere la Tessera d'ammissione e la Carta di riconoscimento pel ribasso sui prezzi delle ferrovie e piroscafi del Regno.

Al Congresso, oltre ai membri della Società freniatrica italiana; possono partecipare anche i cultori di Scienze affini (Neuropatologia, Psicologia sperimentale, Antropologia, Medicina legale e Antropologia criminale ecc.), pagando la tassa d'iscrizione al Congresso in L. 10 (da inviarsi prima del 15 Settembre al Segretario-Tesoriere della Società) onde avere la Tessera d'ammissione e la Cartà di riconoscimento per le ferrovie e pei piroscafi.

Le comunicazioni da farsi al Congresso debbono essere annunciate, entro lo stesso termine, alla Presidenza della Società freniatrica.

GAZZETTINO

VENEZIA. *Contro la tubercolosi.* — Dalla Società medica veneziana si votò all'unanimità la mozione del dottor Franchi, per istituire la Lega veneziana contro la tubercolosi unendosi alla Lega nazionale promossa dall'illustre professore De Giovanni.

ROMA. *Croce Bianca.*—Il Corpo dei volontari sanitari riunitosi nella sede sociale ha esaminato il resoconto finanziario della fiera di beneficenza tenutasi allo Sferisterio Garibaldi, il quale è stato approvato.

Dal medesimo risulta che l'Associazione ebbe un utile netto di L. 306,54.

SAN GIOVANNI (Val d'Arno), 30.—*La Croce Rossa Fiorentina.*—Ieri mattina alle ore 7 giunse tra noi l'Ambulanza da montagna n. 8 (tipo Africa) del Sotto-comitato regionale « Croce Rossa Italiana (Firenze) » diretta dal vice presidente sig. Alessio Pandolfini, dal maggiore signor Beltrandi e dal tenente medico dott. Biondi.

AREZZO. 30 *La Croce Rossa.* — L'ambulanza da montagna n. 8 (tipo Africa) della Croce Rossa, giunta ieri sera fra noi, ha tenuto esposto, per tutta la giornata, il suo materiale nei giardini di piazza del Popolo. L'affluenza del pubblico è stata grandissima, e con tutti è stato cortesissimo, dando le più ampie spiegazioni, il tenente dott. Biondi, comandante di detta ambulanza, coadiuvato nel suo compito dal conte Alessio Pandolfini, vice-presidente del Comitato. L'ambulanza proseguirà domani mattina per Sansepolcro, ove si tratterrà un giorno o due, e quindi si unirà alla divisione di Firenze, prendendo parte all'ultimo periodo delle grandi manovre.

PISTOIA. *All'Ospedale.*—È stato eletto sovrintendente il medico chirurgo, primo astante dello stabilimento, dott. Vittorio Bartolini, che aveva disimpegnato tali funzioni sotto la gestione del regio commissario dottor Federighi.

PONTASSIEVE. *Esposizione della Croce Rossa Italiana.* — L'esposizione del materiale dell' ambulanza da montagna (tipo Africa) della Croce Rossa, ha richiamato al teatro un concorso veramente straordinario.

Il tenente medico dott. Biondi, presentato al pubblico dal sindaco cav. Libri, ha dato succintamente, ma efficacemente, opportune spiegazioni circa lo scopo e l'uso dei materiali che, sia in caso di guerra come di grandi infortunii, la Croce Rossa adopera per lenire e menomare gli effetti di questi pur troppo inevitabili flagelli.

Il tenente Biondi, insieme al conte Pandolfini e al maggiore Beltrami, ha poi accompagnato a Figline un reparto della Croce Rossa.

PADOVA. *Collegio universitario greco.* — È stato approvato lo statuto organico del collegio Cottuneo Greco annesso alla R. Università di Padova per gli studenti greci.

SIENA. *Legato Cantieri.* — La R. Università di Siena è autorizzata ad accettare il legato disposto in suo favore dal prof. Alessandro Cantieri, consistente nella libreria medica e letteraria a questi appartenuta.

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Cassine (Alessandria). Concorso per la nomina di uno dei due medici condotti pei poveri. Stipendio annuo L. 850. Scadenza 15 settembre.

Provaglio sopra e sotto (Brescia). Concorso alla condotta medico-chirurgica consorziale dei due Comuni. Stipendio annuo L. 1800. Scadenza 15 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un' annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'EDEMA ANGIONEUROTICO ACUTO

Da molto tempo si discute il tema dell'edema angioneurotico, per cui lo Schlesinger ha in trodotto la denominazione di *hydrops hypostrophos*, giacchè il fenomeno principale di questa forma morbosa consiste in tumefazioni edematose, spesso estese, recidivanti della cute e delle mucose, indipendenti da qualsiasi causa nociva accidentale. La tumefazione si manifesta acutamente e scomparisce bruscamente dopo breve durata. Non è di natura inflammatoria; spesso ma non sempre è indolente, non si accompagna a nessuna alterazione dei reni, del cuore, dei grossi vasi ed a nessuna lesione locale. La cute nel sito della tumefazione è per lo più pallida, raramente rosso-bluastra o rossa per stravaso sanguigno. Le recidive si ripetono spesso ad intervalli regolari; talvolta in parecchi punti del corpo si manifestano edemi.

La malattia insorge non di rado in seguito a trauma psichico o fisico passeggero, ma anche senza di questo in individui nervosi. Nell'età avanzata l'affezione è rara. Nelle donne essa pare abbia dei rapporti con la mestruazione e con la gravidanza. Può essere una malattia familiare e nei diversi membri l'edema può manifestarsi sempre allo stesso modo ovvero in punti diversi del corpo.

Talvolta la tumefazione edematosa si ripete periodicamente, ad intervalli sempre eguali, però può bruscamente manifestarsi un'irregolarità nella successione degli accessi. Devesi inoltre tener conto di un fatto importante: l'edema può avere diversa localizzazione e produrre apparentemente un quadro morboso diverso. Sorgono allora forme di passaggio, le quali dimostrano che le tumefazioni edematose, malgrado possano avere sede diversa e quindi essere accompagnate da sintomi differenti, sono sempre della stessa natura. Anche quando l'affezione dura per lungo tempo, finito l'accesso, la cute riacquista il suo aspetto normale; talvolta persistono lievi alterazioni consecutive alla frequente imbibizione edematosa del tessuto ed alla soverchia distensione. Il modo di comportarsi dell'affezione con i diversi mezzi terapeutici è variabile; non ci sono determinate indicazioni.

A Quincke si deve la descrizione del tipo fondamentale dell'edema angioneurotico; egli richiamò l'attenzione sul fatto che talvolta le mucose sono colpite. Schlesinger ha poi osservato che una parte dei casi che vanno con la diagnosi di idrope intermittente articolare, appartiene all'edema angioneurotico acuto, o meglio ad una sua sottospecie.

Molti casi registrati nella letteratura delle varie specialità appartengono appunto a questa stessa forma morbosa. Così gli oculisti descrivono minutamente l'edema recidivante acuto delle palpebre (Fuchs, Doyn, Collins, Gunn). Fuchs fa rilevare il rapporto di questa affezione con l'edema acuto di Quincke, e parecchi casi esistono nella letteratura di edema angioneurotico localizzato in diversi punti del corpo ed accompagnato anche da edema delle palpebre. Dimodochè si può ritenere che quest'ultimo non è che una manifestazione clinica dell'edema angioneurotico. In alcuni casi (Cuntz) può aversi insieme a tumefazione della palpebra, tumefazione della congiuntiva.

Non è ancora certo se l'esoftalmo recidivante acuto (Gruss) sia dovuto ad edema acuto del tessuto cellulare retrobulbare, come vorrebbe Fuchs, ovvero ad una forte replezione dei vasi retro-bulbari (Vossius).

La tumefazione acuta della mucosa nasale dà luogo a sintomi speciali, che vanno sotto la denominazione di «coriza nervosa». E' caratterizzata da inizio brusco in seguito a determinati stimoli (per lo più psichici), da tumefazione acutissima della mucosa del naso, con secreto sieroso abbondante per parecchi minuti od ore e da rapida scomparsa senza la produzione di secreto purulento; spesso si ha recidiva periodica. Si manifesta spesso nelle ricorrenze mestruali o si rende più acuto in questa circostanza, e si accompagna talvolta a tumefazione edematosa di altre parti del corpo.

Si è pure osservata da parecchio tempo una speciale tumefazione che colpisce la faringe, le tonsille, la base della lingua e il laringe e d'ordinario scomparisce dopo breve tempo. La mucosa dopo l'accesso ha l'aspetto normale. Dalle osservazioni di Cuntz, Boelt, Quincke, Strübing, Landgraf ecc. si rileva che ci possono essere grandi varietà nella localizzazione dell'edema nella cavità bucco-faringea e nel laringe. Ora le labbra sono enormemente tumefatte, ora la lingua è a preferenza colpita (qualche volta anche la metà della lingua) oppure le gengive od il palato molle o l'ugola. Non di rado esiste solo edema della glottide ovvero le tumefazioni si combinano e si succedono fra di loro variamente.

E' molto probabile anche che parecchie forme di asma nervoso sieno causate da tumefa-

zione edematosa acuta della mucosa bronchiale e quindi rientrino nel quadro della malattia di Quincke, tanto più che in un caso di Fiedler esistevano nello stesso tempo tumefazioni articolari ed accessi asmatici.

Qualche volta lo stomaco e l'intestino sono sede della tumefazione edematosa acuta.

Non è riuscito finora a riconoscere l'edema dello stomaco per mezzo della gastroscopia, ma i fenomeni clinici a cui esso dà luogo sono evidenti. In primo luogo si hanno quei segni che d'ordinario precedono la manifestazione dell'edema cutaneo, ma invece di questo l'individuo avverte un senso di forte tensione nella regione dello stomaco e nient'altro. Questa regione è eccessivamente sensibile alla pressione; esistono nausea, e dolori dopo l'introduzione di cibi, in seguito anche dolore spontaneo e tendenza al vomito o vomito effettivo. Qualche volta il vomito è periodico, in modo da aversi il cosiddetto vomito intermittente, che sarebbe una forma larvata di edema angioneurotico acuto. E' naturale che solo una determinata parte di casi di vomito intermittente rientra in questa categoria, quella cioè in cui coesistono altri segni certi di edema angioneurotico. Schlesinger ha fatto rilevare che nelle forme familiari havvi tendenza alla localizzazione gastrica.

Insieme ai fenomeni gastrici od indipendentemente da questi, si possono avere quelli da parte dell'intestino. Si ha spesso forte senso di tensione con meteorismo: talvolta si manifestano coliche violente o profuse diarree, che per i sintomi clinici bizzarri possono caratterizzarsi come diarree nervose.

Si hanno spesso senza alcun errore dietetico nè alcuna eccitazione psichica, non di rado ad un'ora determinata, resistono agli ordinari astringenti e talvolta scompariscono dopo un'eccitazione psichica. Spesso si alternano defecazioni normali con profuse diarree: anche queste diarree nervose non debbono senz'altro essere classificate nell'edema angioneurotico: è necessario indagare se esistono altri fenomeni di questa malattia.

Una localizzazione molto rara dell'idrope angioneurotico sono le guaine tendinee. Albert dice di avere osservato in donne nervose all'epoca della mestruazione, tumefazione delle guaine tendinee: del resto nessun altro cenno si ha nella letteratura, nè v'è fatto alcun cenno della tumefazione intermittente con intervalli completamente liberi. Schlesinger ne riferisce un caso.

La delimitazione del quadro clinico dell'edema angioneurotico non è ancora completa. Parecchi dei casi descritti come forme diverse vi appartengono: così parecchi casi di edema bleu delle isteriche, di pseudo-lipoma delle fosse sopra-clavicolari, forse anche il rigonfiamento intermittente della parotide (Moore) sarebbero forme fruste dell'idrope angioneurotico. Per ora non si può affermare se certe anomalie ripetute volte osservate della secrezione urinaria, sieno dovute ad edema dei reni od a disordini circolatori. I fenomeni osservati sono la poliuria, talvolta emoglobinuria è l'oliguria.

Riguardo ai fenomeni concomitanti, da parte del cuore esiste talvolta tachicardia accessionale, anzi angina di petto; in un caso fu osservata dilatazione del cuore.

Dal lato del sensorio si sono osservati forti dolori di testa (Robinson, Riehl, Falcone ecc.), vertigine (Forssberg, Riehl), alterazioni della psiche, spesso sonnolenza.

Molto frequente si associano all'edema acuto eruzioni di urticaria (Elliot, Joseph, Osler). Talvolta l'urticaria precede l'edema, e tal'altra l'una si alterna con l'altro. Anzi gli autori inglesi ritengono che la urticaria e l'edema cutaneo acuto sieno identici. Talvolta appariscono sulla pelle disegni arboriformi od anelli del colorito della porpora sul petto o sulle braccia, come sintomi prodromici.

Di sintomi generali, oltre al senso di abbattimento, si può aver febbre durante gli accessi: essa è passeggera e poco elevata.

BIBLIOGRAFIA

Per la letteratura sull'edema circoscritto acuto cfr. il resoconto riassuntivo di Schlesinger nel *Centralbl. f. d. Grenzgeb.*, aprile 1898 e Joseph. *Berl. klin. Woch.*, n. 4, 1890.

Inoltre: Quincke. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* n. 1, 1882.—Senator. *Charitè-Ann.* 1896.—Fèrè. *Revue de Chir.* 1898.—Schlesinger. *Wien. klin. Woch.* 1898. e *Beitr. z. klin. d. Rückenm. u. Wirbeltumoren*, Jena 1898.—Fuchs. *Graefe's Arch. f. Opht.* Bd 41, H 4—Doyn. *Transact. of the Optm. Soc.* Bd 8, p. 41 (citato da Fachs).—Gunn. *ibid.*—Collins. *ibid.*—Ormerad. *ibid.* Bd 7, p. 101.—Oppenheimer. *Deut. med. Woch.* n. 3, 1896.—Jameson. *Edimbourgh med. Journ.* 1883.—Landgraaf. *Verhandl. d. laryng. Gesellsch. zu Berlin*, Bd 6.—Börner. *Volkmann's Hefte*, n. 312, 1888.—Cuntz. *Arch. f. Heilk.* Bd 15, 1874.—Strübing. *Zeitschr. f. klin. med.* Bd 9.—Laudon. *Berl. klin. Woch.* n. 2, 1880.—Baruch. *Medical Record*, 1899.—Schlesinger. *Münch. med. Woch.*, n. 35, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Chirurgica operativa della R. Università di Palermo diretta dal prof. TANSINI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'ADENOMA SEBACEO

Dottor Abele Ajello
Docente di patologia chirurgica

Le nostre conoscenze intorno all'adenoma sebaceo sono ancora difettose. Dalla lettura infatti dei più recenti ed estesi trattati di anatomia patologica, di dermatologia e di chirurgia risulta che questa tipica forma morbosa non è perfettamente, nè comunemente conosciuta: alcuni autori la trascurano a tal segno da non parlarne affatto, altri si limitano ad accennarla

appena, considerandola come entità morbosa appartenente alle grandi rarità e poco interessante. perchè priva di ogni importanza patologica.

Queste affermazioni sono in parte erronee, in parte esagerate; non si può in realtà disconoscere o negare l'importanza, sia nel campo clinico che in quello anatomo-patologico di questa specie di neoplasia, la quale può essere confusa con altre produzioni morbose della pelle, se un esatto criterio diagnostico, e alle volte anche istologico, non arrivano spesso in aiuto; d'altro canto le osservazioni fin qui raccolte e pubblicate intorno all' adenoma sebaceo non sono tanto rare.

Il primo che illustrò questa forma neoplastica fu il Porta di Pavia (e non già il Broca come da taluni si pretende), che fin dal 1856, dopo di avere accennato ad alcuni processi patologici delle ghiandole sebacee, descriveva una particolare neoplasia costituita da una massa di ghiandole sebacee agglomerate, che egli illustrò dal lato clinico e dal lato anatomopatologico con una descrizione istologica così accurata e precisa, che, avendo riguardo alla epoca nella quale fu dettata, può giudicarsi come perfetta.

Più tardi, nel 1858, lo stesso autore pubblicava un'altra memoria, nella quale riferiva l'esame clinico ed anatomico di altri tre casi di tumori follicolari sebacei estirpati a tre ammalati rispettivamente dal collo, dal labbro inferiore e dal naso.

Solo nel 1869, cioè tredici anni dopo la prima pubblicazione di Porta, il Broca riferiva il suo caso di adenoma sebaceo, dandone una descrizione puramente macroscopica.

Il Lücke si limitò a riferire una propria osservazione relativa ad un vecchio, che soffriva di acne rosacea ed aveva la pelle delle pinne nasali molto nodosa ed ipertrofica; escisa la parte ammalata si rinvenne un convoluto di ghiandole sebacee; manca qualsiasi particolare più minuto di descrizione anatomo-istologica.

Il Rindfleisch, sotto la denominazione di ipertrofia delle ghiandole sebacee, ha descritto un tumore grosso come un uovo di piccione situato sul cuojo capelluto, costituito da grosse ghiandole sebacee, composte di tre-cinque acini, rinserrate in un compatto stroma connettivale che figurava da capsula fibrosa.

Il Bock descrisse un adenoma sebaceo ulcerato del cuoio capelluto di una vecchia signora; al taglio apparve costituito da connettivo e da lobi ghiandolari, i quali erano formati di moltissimi acini contenenti cellule epiteliali degenerate, globuli adiposi e concrezioni calcaree. In ciascun acino si poteva riconoscere una membrana propria ed un interno rivestimento epiteliale, le cui cellule diventavano più ampie verso il centro ed assumevano un carattere epidermoidale con degenerazione adiposa.

Anche il Geber ha compiuto una descrizione molto accurata dell' adenoma sebaceo, non già su un caso proprio, ma su alcuni preparati del tumore studiato dal Bock nella memoria precedente.

Balzer e Ménétrier osservarono sulla faccia, sul cuoio capelluto e sulla nuca di una ragazza un numero considerevole di piccole intumescenze di forma emisferica, del volume della testa di uno spillo ad una lenticchia, con larga base d'impianto, ricoperte da pelle molto vascolarizzata, superficie liscia qualche volta bernoccoluta, consistenza fibrosa, indolenti, che crebbero con estrema lentezza. Al microscopio si rileva tessuto epiteliale proliferato distribuito in tubi pieni anastomizzati tra di loro; le cellule, che gli AA. credono somiglianti a quelle sebacee, sono tuttavia deviate dal processo normale di queste ed invece di subire la trasformazione sebacea, bruscamente degenerano producendo blocchi di sostanza omogenea, che reagivano fortemente alle diverse colorazioni. Gli AA. stessi accennano ad una possibile trasformazione del neoplasma, tanto è vero che in ultimo sentono la necessità di doverlo differenziare dall'epitelioma tubolare; e Chambard, che ha disputato la natura adenomatosa dello stesso, lo ritiene come epitelioma tubolare metatipico.

Balzer e Grandhomme poi riferiscono di un altro caso, che descrivono, simile al precedente tanto clinicamente quanto anatomicamente. Trattavasi di numerose tumefazioni alla faccia, che, a dire dell' ammalata, sono sempre esistite, si mostrano di forma emisferica, del volume di una testa di spillo ad una lenticchia, sessili e a superficie liscia. La alterazione colpiva l' apparecchio pilo-sebaceo ed era costituita di lobuli epiteliali provenienti o dai follicoli piliferi, o dai cul-di-sacco delle ghiandole sebacee oppure delle pareti dei loro condotti escretori. I lobuli epiteliali erano formati come quelli descritti nel caso precedente

e presentavano qua e là piccole cisti ripiene di cellule in via di involuzione sebacea e da cellule corneificate e desquammate. Il connettivo formava attorno ai lobuli una specie di capsula: esso era molto vascolarizzato e presentava vasi dilatati e numerosissimi capillari.

Pringle ha osservato un caso nel quale la alterazione di origine congenita era caratterizzata da aumento considerevole delle ramificazioni delle ghiandole sebacee, molte delle quali si trovavano in comunicazione coi follicoli piliferi per mezzo di dòtti: in altri punti la posizione ed il numero degli ammassi ghiandolari erano tali che non sembrava plausibile che tutti potessero stare in comunicazione coi follicoli piliferi; e siccome vi si riscontrava anche ricchezza vascolare affatto speciale ed ipertrofia del corion, il Doyon considera il caso di Pringle come neo-vascolare.

Nel caso di Caspary trattavasi di una ragazza, che presentava sulla faccia moltissime piccole efflorescenze giallastre; stabilitane la diagnosi differenziale rispetto all'acne, al milio, al mollusco, allo xantoma, ecc., l'A. asportò a scopo diagnostico uno di queste, di cui l'esame microscopico dimostrò soltanto una pura iperplasia delle ghiandole sebacee, con l'assenza di ogni nota caratteristica di adenoma.

Leloir pubblica la figura di una sezione microscopica di un preteso adenoma sebaceo congenito, estirpato dal dorso della mano di una ragazza. Vi si scorge un aumento e forse anche una certa ipertrofia di ghiandole sebacee, comunicanti coi follicoli piliferi, ed una ricca proliferazione vasale: manca ogni accenno di capsula limitante e tutti gli altri caratteri riferibili ad un adenoma.

Crocker osservò sui vari punti della faccia di una ragazza eruzioni del volume variabile da una testa di spillo ad un granello di canape di color rosso-carminio. L'esame microscopico dimostrò telangectasia della pelle e specialmente dei tumoretti, ispessimento dello strato mucoso di Malpighi, iperplasia ed ipertrofia notevole delle ghiandole sebacee.

Dei tre casi pubblicati da Taylor e Barendt riferisco soltanto quello che è fornito del reperto microscopico: ragazza di 19 anni, fin dall'infanzia in vari punti della faccia comparvero piccoli noduli ricoperti da pelle arrossata. Al microscopio si rileva uno sviluppo esagerato del derma e dell'epidermide, le ghiandole sebacee ingrandite e moltiplicate sono agglomerate a lobi, i vasi dello stroma connettivale sono considerevolmente aumentati e dilatati. Lo sviluppo vasale esagerato e la origine congenita dell'affezione fanno credere che nel caso presente, come in quello precedente di Pringle e di Crocker, possa trattarsi di nèi vascolari con consecutiva iperplasia ghiandolare sebacea.

Allan Jameson e poi Rosenthal osservarono ciascuno a loro volta aumento considerevole ed ingrandimento degli acini sebacei, mentre i vasi, le ghiandole sudoripare ed i follicoli piliferi si trovarono perfettamente normali.

Pollitzer in una osservazione propria trovò inoltre notevole degenerazione cistica degli acini delle ghiandole sebacee.

Monti riferisce un'accurata e completa descrizione macro- e microscopica del suo caso consistente in un tumore più grosso di un uovo di gallina, estirpato dal naso di un vecchio, che ne aveva notato la insorgenza fin dalla sua giovinezza. Si tratta di un tumore ben circoscritto ed isolato dai tessuti vicini, sviluppatosi lentamente per una graduale iperplasia delle preesistenti ghiandole sebacee, con gemmazione di innumerevoli acini accessori, con allungamenti dei dòtti escretori e formazione consecutiva di ectasie e di cisti. La neoplasia ha abbastanza ben conservato la struttura e la funzione delle ghiandole di origine sebacea.

Hallopeau e Leredde in un soggetto di 38 anni osservarono numerose e piccole tumefazioni alla faccia od al tronco, le quali rimontavano fin all'infanzia. L'analisi istologica di quelle della faccia ricorda assai bene una proliferazione di ghiandole sebacee: al contrario in quelle del dorso predomina l'evoluzione fibrosa, in modo che gli AA. credono che questa specie di neoplasia possa assumere apparenze cliniche e microscopiche differenti secondo che o l'elemento sebaceo, o il fibroso oppure il vascolare prenda il sopravvento.

Finalmente Barlow nel cuoio capelluto di un uomo di 60 anni osservò alquante tumefazioni del volume variabile da quello di una lenticchia a quello di una nocciuola. L'esame microscopico svelò all'A. trattarsi di adenoma delle ghiandole sebacee con parziale degenerazione jalina dei vasi, del connettivo ed anche delle cellule epiteliali. La natura adenomatosa delle ghiandole sebacee era dimostrata

tanto dal nesso delle ghiandole ammalate coi follicoli piliferi, quanto dalla dimostrazione di un dotto escretore. Non fu trovata trasformazione sebacea delle cellule e non bisogna omettere che nel caso di Barlow vi fu recidiva.

Son queste le osservazioni che sotto il titolo di adenoma sebaceo sono state fin qui raccolte e pubblicate: di esse non tutte, ma soltanto un numero ristretto è fornito dei relativi reperti microscopici, i quali più che le descrizioni cliniche, ci provano che abbiamo da fare con alterazioni anatomiche differenti, e penso che se si dovesse imprendere un esame critico di essi, ben pochi resisterebbero alla prova di figurare degnatamente come veri adenomi. Giacchè bisogna convenire che nella raccolta di queste osservazioni, forse perchè appartenenti ad autori diversi di tempo e di studi, manca sovente l'esatto criterio del significato e del valore patologico da assegnare all'adenoma, secondo i dettami e i precetti moderni dell'oncologia, di modo che vi figurano confuse produzioni morbose differenti, acquisite e magari congenite, e specialmente casi di semplice iperplasia ed ipertrofia delle ghiandole sebacee, che ordinariamente seguono ad alterazioni svariate della pelle.

Ma un tale esame critico non mi è consentito dal limite impostomi dalla nota presente, la quale ha lo scopo di apportare un contributo casuistico su questa entità patologica, che merita di essere ricordata ed apprezzata un po' meglio nei trattati di patologia chirurgica.

(*continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE SAINT'ANTOINE DI PARIGI
Prof. Hayem

Disturbi nervosi secondarii ai disordini delle funzioni della nutrizione

Col nome di nevrastenia si descrivono stati molto diversi, generalmente complessi ed il più spesso mal precisati. La nevrastenia primitiva è rara; essa dipende da cause speciali, ben determinate, relativamente poco numerose; la nevrastenia corrente, banale, qualunque ne sia la forma, del resto molto varia, è uno stato secondario. Il più spesso essa si mostra ad un certo momento dell'evoluzione d'una gastropatia. Si sa che le malattie dello stomaco sono spesso latenti, ma che, latenti o non, esse aprono la porta ad un gran numero di malattie croniche. In alcuni casi queste malattie volgono sui visceri propriamente detti ed i centri nervosi sono poco lesi ed anche affatto indenni.

Le gastropatie di questa categoria potrebbero esser dette « dei viscerali » Se in queste circostanze sopraggiungono disturbi nervosi, questi sono d'ordinario limitati alla sfera degli organi direttamente affetti dalla causa morbosa. E qui sono a citarsi la gastralgia, i vomiti, le crisi gastriche, ecc.

La malattia può evolvere fino all'esito fatale, senza che si producono fenomeni che destino l'idea d'una nevrosi centrale.

Allato a queste malattie viscerali, se n'incontrano altre numerose, nelle quali i disordini nervosi centrali divengono predominanti a tal punto, ch'è facile di perdere di vista l'origine gastrica dell'affezione e di considerare questa come una nevropatia primitiva. Eppure nei casi di forma nervosa centrale, gli ammalati, che si potrebbero chiamare centrali in opposizione ai viscerali, non sono sempre affetti da lesioni gastriche leggiere. Fra essi si contano spesso degli ulcerosi, individui che presentano disturbi statici, più o meno accentuati e molti alcoolisti.

Se vi sono alcoolisti che restano viscerali, molti altri divengono grandi nevropatici.

Colla stessa lesione viscerale come punto di partenza, l'affezione può seguire due evoluzioni cliniche differenti. Nei casi in cui i fenomeni nervosi prendono un grande sviluppo, s'ammette generalmente l'esistenza d'una nevrosi primitiva con manifestazioni gastriche secondarie. L'errore è tanto più facile a commettersi, in quantochè l'affezione gastrica ha potuto restare latente per anni e essa è spesso d'una diagnosi difficile. Hayem ha spesso occasione di vedere ammalati che si lagnano di disturbi nervosi diversi e che sono considerati come nevrastenici. Essi sono stati inutilmente sottoposti a diverse cure; molto spesso anche le loro condizioni sono peggiorate da medicazioni prolungate.

All'esame si riconosce in essi l'esistenza di lesioni pronunziate e l'interrogatorio stabilisce spesso in modo evidente che le manifestazioni sono comparse sotto l'influenza di cause occasionali diverse nel corso d'una malattia già antica.

Ciò succede spesso per esempio nella malattia del *corset*, che resta spesso sconosciuta. Ad un certo momento dell'evoluzione di questa gastropatia d'origine meccanica, gli ammalati provano ogni specie di disturbi nervosi ed essi vengono dichiarati nevrastenici e ipocondriaci. Lo studio preciso dei casi di questo genere e di molti altri simili mostra che il sistema nervoso centrale è affetto secondariamente a capo d'un certo numero d'anni. I viscerali ed i nevropatici non differiscono dunque fra loro che per la sede della manifestazione secondaria, le diversità di questa sede spie-

ga la differenza dei sintomi. Certamente le manifestazioni secondarie delle gastropatie non si producono a caso, esse dipendono dall' intervento di cause particolari: alcune predisposizioni individuali all'affezioni nervose, le intossicazioni medicamentose. Ma ve n'ha altre ancora non lievi conosciute.

In alcuni casi i disturbi morbosi volgono sui centri superiori, cioè su quelli che presiedono alla sensibilità, alla motilità, alla volontà, ai sentimenti, all'ideazione. Altre volte al contrario sono affetti i centri della vita vegetativa ed i disturbi nervosi colpiscono le funzioni delle nutrizione. Con le forme pure o quasi esistono necessariamente forme miste o complesse. Non é infatti raro d'incontrare ammalati che presentano contemporaneamente indebolimento delle funzioni cerebrali o midollari e disturbi di diverse funzioni della nutrizione. Ma v'hanno il più spesso disordini predominanti che permettono di caratterizzare nettamente i fatti morbosi. Quelli detti di cerebrastenia, di mielastenia, complicati o non con disturbi psichici più o meno spiccati, rientrano nella prima grande divisione; costituiscono le varietà della prima forma.

La seconda forma, nella quale sono implicati sopratutto i centri della vita vegetativa, è poco nota. Pure essa si presenta con una grande frequenza all'osservazione e può esistere senza il minimo disturbo mentale. I principali caratteri sono i seguenti: in primo luogo deve menzionarsi il dimagramento, spesso tanto più degno di nota in quantochè gli ammalati hanno conservato un ottimo appetito, talvolta anzi mangiano molto. S' è data una grande importanza alle modificazioni nella costituzione dell' urine, ed in realtà è raro che nei dispeptici l' urine siano affatto normali. In alcuni ammalati s'osserva azoturia con o senza fosfaturia, ma in altri casi apparentemente analoghi l'eliminazioni coll'urina sono diminuite. I sintomi principali più significanti consistono in disturbi profondi della circolazione e della calorificazione. Gli ammalati accusano una sensibilità insolita al freddo, hanno l' estremità fredde e leggermente cianotiche. Il termometro spiega questi particolari: s'osserva infatti un abbassamento da mezzo grado ad un grado della temperatura centrale; questa non solo è bassa, ma disturbata nella sua evoluzione normale in modo da essere invertita. Il grado termico s'abbassa durante il giorno, s' innalza al contrario durante la notte. Quest' inversione singolare s' accompagna spesso ad oscillazioni più grandi delle normali, che possono raggiungere persino un grado. Può esistere senza abbassamento termico e costituire da sola l'anomalia. Tali disturbi possono persistere per mesi. Migliorando lo stato degli ammalati, l'oscillazioni termiche diventano meno spiccate, l' inversione non si mostra più regolarmente ogni giorno e tende a sparire a misura che la temperatura risale. Pure la si può vedere persistere, perlo meno alcuni giorni, con una temperatura normale.

Il polso degli ammalati è generalmente debole, depressibile, ora rallentato, ora accelerato. In un grandissimo numero di casi si rileva una specie di tachicardia di posizione: il menomo movimento produce un acceleramento di 20-30 pulsazioni per minuto. La respirazione è debole, specie all'apice ed il minimo esercizio è accompagnato da un certo grado di dispnea; il tubo digestivo è per così dire paretico; dal lato dello stomaco si constatano spesso i segni della dilatazione per atonia, indipendente del tipo chimico; v'ha costipazione. Quel che domina insomma é una specie d' indebolimento delle funzioni della vita vegetativa. Si potrebbe designare questo stato col nome di trofo-astenia. Raramente si trova affatto puro. Quasi sempre si accompagna a stanchezza generale, ad astenia dai muscoli dello scheletro, ad inabilità al lavoro. Ma quando non esistono altri disturbi nervosi, quest' insieme sintomatico costituisce una forma speciale ed in qualche modo pura.

Non è realmente complessa che nei casi in cui si combina colle forme cerebrali. Allora ai disordini precedentemente descritti s'aggiungono dolori nevralgiformi diversi, insonnia, idee ipocondriache.

La forma pura, quale è stata abbozzata, è molto frequente. Sembra più atta delle forme cerebrali e midollari a stabilire che i centri nervosi compartecipano organopaticamente a mo' d' un viscere qualsiasi. Le condizioni etiologiche che presiedono allo sviluppo della trofo-astenia sono ancora mal precisate.

Secondo l'osservazione di Hayem, esse sembrano molto varie. I casi più numerosi concernono individui giovani dei due sessi, di razze degenerate, e che hanno seguito una cattiva igiene generale al momento d'una rapida crescenza. Ma altre si riferiscono a individui adulti o anche a persone avanzate negli anni.

La prognosi dello trofo-astenia è molto seria specialmente per la lunga durata. La cura consiste nel riposo assoluto, alimentazione ben regolata. Si potrà ricorrere alla faradizzazione generale, alle docce scozzesi, poi fredde. Infine si prescriverà il soggiorno all'aria libera e gli esercizi progressivi. (*La Presse médicale*, n. 68, 28 agosto 1899).

Movimento biologico universale

1. Soncini si occupa « **delle iniezioni di siero artificiale nei lattanti prematuri e deboli.** » Conclude che la debolezza costituzionale congenita, la prematuranza, ha nelle iniezioni cloro-sodiche

un mezzo innegabile, valido di proficua terapia, coadiuvatrice potente di tutti quei fattori di una sana igiene che costituiscono il caposaldo della profilassi infantile (*Il Policlinico*, n. 15, 1 agosto 1899).

2. Scabia fa delle « **considerazioni critico-sperimentali sull'azione e sul valore del solfato di duboisina dopo pochi anni del suo uso nella terapia delle malattie mentali.** » Conclude che la duboisina ha un' azione scarsamente ipnotica, ha un'azione sedativa debole e un'azione spiccata denutritiva sull' organismo. A lungo andare dà lesioni spinali. È un farmaco d' una incostanza d'azione eccezionale. (*Giorn. internazionale delle scienze mediche,* fasc. 15, 15 agosto 1899).

3. R. Heymann ha usato « **le iniezioni di gelatina in un caso di emofilia.** » Tre iniezioni fatte sotto la pelle del torace in 3 giorni successivi, di 140 a 210 cm. di gelatina disciolta in soluzione fisiologica di cloruro sodico, sterilizzata e riscaldata a 40° C., insieme al tamponaggio del naso e dell' orecchio ed alle fasciature compressive, produssero l' emostasi. L' autore conchiude che, malgrado le iniezioni di gelatina per se solo non sieno in grado di arrestare l'emorragia, pure esse favoriscono l' emostasi. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 34, 1899).

4. Baldoni si occupa dello « **scambio gassoso polmonare nei cani tiroidectomizzati.** » Conclude che: 1. La glandola tiroide è un organo di capitale importanza fisiologica. 2. La tiroidectomia modifica il metabolismo organico. 3. L'azione dell'atiroidismo sullo scambio gassoso polmonare è tanto energica che, risultati sperimentali sono più manifesti di quelli che d'ordinario si sogliono ottenere coll'inanizione prolungata. 4. Le iniezioni ipodermiche dell' infuso glicerico della glandola tiroide fresca hanno una benefica influenza sulle manifestazioni dell'atiroidismo. 5. La tiroidizzazione artificiale con l' amministrazione dell' infuso tiroideo riattiva nei cani stiroidati il depresso scambio gassoso polmonare. 6. L' azione della tiroidizzazione è temporanea e limitata. 7. Gli animali giovani, più sensibilmente degli adulti, indipendentemente dalla tiroidizzazione con iniezioni di succo tiroideo, risentono, *coeteris paribus*, gli effetti della tiroidectomia. (*Annali di farmacoterapia e chimica*, n. 5 6, maggio-giugno 1899).

5. I. Hoppe porta « **un contributo alla dottrina degli orecchioni** » riferendo parecchi casi di questa malattia verificatisi in forma epidemica nell'ospedale di Uchtspringe in ragazzi da 6 a 15 anni. Fa notare che nessuno del personale addetto all'ospedale presentò sintomi di parotite, e che l'epidemia prescelse i ragazzi, preservando le ragazze. Essa ebbe carattere benigno. (*Münchener medicinische Wochenscrift*, n. 34, 1899).

6. Kirch descrive un caso di « **dilatazione gastrica acuta con esito letale.** » La dilatazione gastrica acuta è rarissima ad osservarsi, nella letteratura ve ne sono pochi casi. Essa può aversi o per causa centrale (un trauma alla testa, che provoca paralisi dei muscoli motorii dello stomaco) o per gravi errori dietetici in individui gran man. giatori. Il caso in discorso si riferiva ad un giovane diciannovenne, il quale soccombè alla gastrectasia acuta in seguito ad errori dietetici. La diagnosi è difficilissima e può confondersi colla peritonite perforativa. (*Prager medicinische Wochenschrift*, n. 33, 17 agosto 1899).

7. Descos e Beriel publicano un caso di « **cancro del duodeno a forma perivateriana.** » Il paziente di antica data soffriva di accessi di colica biliare con ittero benigno e passeggero, più tardi si manifestarono dei disturbi passeggeri, con dimagramento e cachessia: si sospettò un carcinoma gastrico, ma all'autopsia si trovò un cancro del duodeno, che si era propagato alle vie biliari e alla testa del pancreas (*Revue de mèdecine*, n. 8, agosto 1899).

8. Zoja si occupa di « **alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa del pancreas** ». All'uopo fa numerose osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche. (*Il Policinico*, n. 15, 1 agosto 1899.

9. Rasmmowsky descrive un caso di «**apoplessia pancreatica** » importante per la sua rarità e per la difficoltà diagnostica. I sintomi osservati furono quelli di una peritonite da perforazione (collasso, gonfiore dell' addome, dolore etc.). All' apertura dell'addome si trovò in luogo di pus dei [grumi sanguigni provenienti dal pancreas. L'operazione ebbe esito felice. (*Archiv für klinische Chirurgie*, fasc. 3°, 1899).

10. G. Bonne-Klein ha fatto studii statistici sullo « **eczema seborroico di Unna come malattia famiiiare** » ed in 60 famiglie ha trovato che 35 volte la madre e 25 volte il padre erano affetti di eczema; in quasi tutti esistevano denti cattivi. Con poche eccezioni in tutti i bambini di queste famiglie (169) esisteva una forma di eczema del capo della faccia o di qualche altra parte del corpo. Di questi bambini 106 avevano un'affezione nasale, 50 avevano tendenza ai catarri bronchiali, 44 soffrivano di stomaco, 51 più o meno spesso andavano soggetti ad infiammazione delle tonsille. (*Monatschefte für praktische Dermatologie*, Bd. XXIX, n. 4, 1899).

NOMENCLATURA MEDICA

I NOMI PROPRII IN MEDICINA INTERNA

Molte malattie interne oggi, molti sintomi, molti metodi terapeutici, vengono sintetizzati, definiti dal nome dell'autore che prima ebbe a studiarle con cura. E l'uso è tanto invalso che su per i libri, su per i giornali, nel linguaggio corrente, giornalmente non si fa che citare queste denominazioni nuove di malattie, di sintomi e di cure. Spesso perciò il medico pratico, specialmente, può restar perplesso dinanzi al significato ascoso in uno di questi termini; onde noi crediamo utile, almeno per quel che riguarda il campo della medicina interna di catalogarli alfabeticamente riportandoli dalla *Semaine médicale*:

Addison (Malattia di): astenia, dolori, disturbi gastro-intestinali, pigmentazione della pelle e delle mucose, legata, molto spesso, alla tubercolosi delle capsule surrenali.

Albertini (Cura di): riposo e dieta assoluta negli aneurismi aortici.

Andral (Decubito di): il coricarsi dei pleuritici istintivamente sul lato del versamento.

Aran-Duchenne (Amiatrofia del tipo): comincia dall'eminenze tenare ed ipotenare, dagli interossei, poi interessa i muscoli del braccio. della spalla, della lingua, delle labbra, della faringe (tipo facie-scapulo-omerale); lesioni delle corna anteriori del midollo (poliomielite anteriore).

Argyll-Robertson (Segno di): reazione delle pupille alla convergenza e non alla luce nella tabe e nella paralisi generale.

Auenbrugger (Segno di): bozza precordiale caratterizzante i versamenti pericardici di 400-500 grammi; bozza epigastrica per versamenti maggiori.

Babinski (Segno di): estensione invece della flessione delle dita del piede per eccitamento della pianta in diverse affezioni encefaliche o midollari, che perturbano la funzione del fascio piramidale.

Baccelli (Metodo di): cura del tetano con iniezioni di una soluzione d'acido fenico.

Baccelli (Segno di): pettoriloquio afono.

Baccelli (Cura di): introduzione di una spirale di orologio negli aneurismi.

Bain (Metodo di): processo di respirazione artificiale.

Balfour (Malattia di): neoformazioni sarcomatose delle ossa, specie del cranio e della faccia, con colorazione verdastra (cloroma).

Bamberger (Malattia di): spasmo saltatorio e una forma di corea ritmica.

Bamberger (Polso bulbare di): segno d'insufficienza della tricuspide: pulsazione esageratissima del bulbo della vena giugulare durante la sistole cardiaca.

Bamberger (Segno di): allochiria nella tabe.

Banti (Malattia di): splenomegalia primitiva con anemia, più tardi associata a lesioni epatiche.

Banting (Cura di): riduzione al minimo dei grassi ed idrati di carbonio, senza limitazione stretta della quantità delle bevande nell'obesità.

Bard (Segno di): serve a differenziare il nistagmo organico dal nistagmo congenito: nel 1° le oscillazioni dell'occhio aumentano quando il malato segue il dito del medico, portato alternativamente da destra e sinistra e viceversa, nel 2° le oscillazioni scompaiono in queste condizioni.

Barlow (Malattia di): sintomi di anemia progressiva con emorragie multiple, tumefazione dolorosa delle epifisi, nei bambini (rachitismo emorragico, scorbuto infantile).

Basedow (Malattia di): gozzo esoftalmico.

Baumes (Segno di): sternalgia nell'angina di petto.

Bayle (Malattia di): paralisi generale progressiva degli alienati.

Beard (Malattia di): neurastenia.

Beau (Malattia di): asistolia.

Bechterev (Malattia di): rigidità od anchilosi della rachide tra 40-50 anni.

Bednar (Afte di): macchie bianche sul palato dei poppanti.

Beer (Metodo di): destinato a destare il riflesso respiratorio eccitando le terminazioni del trigemino (labbra e mucosa buccale), per frizione ritmica, con un pezzo di ghiaccio.

Begbie (Sintomi di): esoftalmia.

Bell (Malattia di): paralisi facciale periferica.

Bell (Segno di): nella paralisi facciale periferica, quando si ordina al malato di chiudere la palpebra del lato paralizzato, l' occhio si porta in alto ed all'infuori, questo segno manca nella paralisi di origine centrale.

Bell (Spasmo di): tic convulsivo della faccia.

Bellingham (Metodo di): cura degli aneurismi con il decubito orizzontale prolungato; alimentazione moderata ma molto nutritiva; astinenza quasi assoluta di liquidi.

Benedikt (Sindrome di): paralisi dell'oculomotore di un lato con tremore degli arti del lato opposto, per lesione peduncolare.

Bergeon (Cura di): enteroclismi gassosi nella tubercolosi pulmonare ed in altre malattie delle vie respiratorie.

Berger (Segno di): deformazione pupillare frequente all'inizio della tabe, della paralisi generale, della paralisi dell'oculo-motore comune.

Bergeron-Henoch (Corea di): scosse cloniche ritmiche dei muscoli della faccia, spalla o di una metà del corpo (corea elettrica).

Biermer (Malattia di): anemia perniciosa progressiva.

Biermer (Fenomeno di): variazione di altezza

del suono metallico, secondo la posizione del malato nello pneumotorace con versamento.

Biernacki (Segno di): anestesia del cubitale nei tabetici.

Binswanger (Cura di): variante della cura della neurastenia secondo il metodo di Weir-Mitchell, sette pasti al giorno.

Biot (Respiro di): tipo respiratorio intermittente semplice.

Bizzozzero (Cristalli di): nome che talvolta si dà ai cristalli Leyden-Charcot.

Blocq (Sindrome di): astasia-abasia isterica.

Borsieri (Linea di): una specie di stria meningitica nella scarlatina.

Bostoch (Malattia di): febbre da fieno, asma d'autunno.

Bouchard (Cura di): regime latteo mitigato (gr. 1,250 di latte e 5 uova in 5 pasti) nell'obesità.

Bouchard (Malattia di): gastrectasia funzionale.

Bouchard (Noduli di): a livello delle articolazioni delle prime e seconde falangi, e che si riscontrano negli individui con dilatazione gastrica.

Bouchardat (Cura di): cura dietetica nel diabete.

Bouillaud (Malattia di): endocardite reumatica.

Bozzolo (Segno di): polso a livello delle narici negli aneurismi dell'aorta toracica.

Brand (Cura di): balneazione fredda nella tifoide.

Bravais - Jackson (Epilessia di): epilessia parziale.

Brehmer (Metodo di): cura igienica della tubercolosi pulmonare (riposo, cura d'aria, idroteradia, iperalimentazione, ginnastica respiratoria).

Bright (Mal di): nefrite cronica.

Bright (Segno di): rumore di sfregamento peritoneale.

Brinton (Malattia di): infiammazione interstiziale cronica dello stomaco, con lesioni secondarie della mucosa (linite plastica).

Broca (Malattia di): afasia motrice pura.

Brodie (Artralgia di): dolori articolari d'origine isterica aventi sede a livello dell' anca o del ginocchio.

Brown-Séquard (Sindrome di): lesione unilaterale del midollo, con paralisi del lato della lesione (monoplegia od emiplegia secondo i casi) ed anestesia del lato opposto.

Bryson (Segno di): difetto di ampliazione del torace durante l'inspirazione nei basedowiani.

Budd (Malattia di): ittero grave.

Buhl (Malattia di): degenerazione grassa acuta che si osserva nei neonati.

Bülau (Cura di): sifonaggio permanente nella pleurite purulenta.

Burton (Segno di): lista gengivale grigiastra o ardesiaca nel saturnismo cronico.

Cantani (Regime di): alimentazione esclusivamente carnea nel diabete.

Cantani (Cura di): iniezione ipodermica di soluzioni salate calde nel colera.

Cardarelli e Riga (Malattia di): produzione aftosa sub-linguale osservata nei poppanti della campagna, determinante una cachessia mortale.

Cardarelli ed Oliver (Segno di): movimenti dal basso in alto del laringe, sincroni con la sistole cardiaca, negli aneurismi dell'arco aortico.

Charcot (Artropatie di): nei tabetici.

Charcot (Deambulazione di): talvolta spasmodica e titubante, caratterizza la malattia di Friedreich (deambulazione atasso-cerebellare).

Charcot (Malattia di): sclerosi laterale amiotrofica.

Charcot (Placche): placche iperestesiche dei neurastenici: le più frequenti han sede nelle regioni cervicale e sacrale.

Charcot e Guinon (Malattia di): demenza secondaria a certe forme di distrofia muscolare progressiva giovanile o tardiva.

Charcot-Leyden (Cristalli di): nell' espettorato degli asmatici, in parecchie altre affezioni respiratorie. nel midollo osseo, nel sangue dei leucemici, ecc.

Charcot-Marie (Amiotrofia del tipo): inizia dai piedi e guadagna quindi le gambe, poi le mani e le avambraccia; si accompagna a disturbi della sensibilità.

Charcot e Neumann (Cristalli di): (v. Charcot-Leyden).

Charcot e Robin (Cristalli di): (v. Charcot-Leyden).

Charcot-Vigoroux (Sintoma di): diminuzione della resistenza al passaggio della corrente galvanica nella malattia di Basedow.

Cherchevski (Malattia di): atonia intestinale frequente nei neurastenici, e che può, nei casi intensi, simulare l'ostruzione intestinale.

Cheyne (Malattia inglese di): ipocondria.

Cheyne-Stokes (Respiro di): si osserva in diverse affezioni bulbari, particolarmente nel coma uremico, e consiste in ispirazioni sempre più superficiali fino all'apnea assoluta. Il Mosso l'ha riscontrato negli individui normali durante il sonno.

Chvostek juniore (Segno di): aumento dell'eccitabilità meccanica dei nervi motori nella tetania.

Chvostek seniore (Segno di): aumento dell'eccitabilità meccanica dei nervi motori nella tetania.

Clapton (Linee di): listerella verdastra delle gengive, caratteristica dell'avvelenamento cronico per il rame.

Concato (Malattia di): poliorromenite e polisierosite cronica tubercolare.

Corrigan (Linea di): listerella purpurea delle gengive nell'avvelenamento per rame.

Corrigan (Malattia di): insufficienza aortica d'origine endocardica.

Corrigan (Polso di): polso ampio, celere, depressibile e regolare (polso scoccante) dell'insufficienza aortica.

Corvisart (Facies di): aspetto speciale dei malati in asistolia: pomelli rossi, labbra cianotiche, occhi brillanti, respiro lento ed interciso.

Corvisart (Malattia di): ipertrofia cardiaca essenziale.

Cotugno (Malattia di): nevralgia del nervo sciatico.

Crichton Browne (Segno di): tremore delle commissure delle labbra e degli angoli esterni degli occhi, all'inizio della paralisi generale.

Cruveilhier (Malattia di): ulcera rotonda dello stomaco.

(*Continua*)

FORMULARIO

Gaucher. — Cura dell'alopecia sifilitica

Sublimato	gr. 0,20
Idrato di cloralio	» 4
Resorcina	» 2
Olio di ricino	» 1
Alcool a 90°	» 200

per lozioni.

Si faranno anche frizioni con una pomata eccitante:

Calomelano	gr. 3
Vaselina	» 30
Acido salicilico	» 0,60
Vaselina	» 30

oppure:

Solfo precipitato, puro	» 3
Vaselina	» 30

Contro la sicosi

Naftolo	gr. 5 a 10
Sapone verde, Creta precipitata, Solfo lavato, Lanolina	ana » 25

Per applicazione locale.

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste bubbonica

Oporto, 1. — Il Governatore ha proibito ieri una riunione dell'Associazione commerciale, che doveva tenersi nel pomeriggio. La folla protestò. Furono operati alcuni arresti.

Oporto, 1. — Ieri vi fu un caso di peste.

Oporto, 2. — Ieri vi furono tre casi di peste.

Parigi, 2.—(*Jacopo.*) La Commissione dell'Istituto Pasteur giunta ad Oporto, cominciò immediatamente le ricerche scientifiche.

Quel che si faceva per la peste duecento anni fa

La *Nazione* di Firenze racconta:

Or sono circa duecento anni, s'inventava a Firenze un singolare costume per i medici che dovevano assistere gli appestati.

Ed il costume aveva un carattere molto strano e ci sembra dovesse impressionare i malati in modo sinistro.

Il costume era in marrocchino di levante: la maschera e gli occhi di cristallo, un lungo naso posticcio ripieno di profumi.

I guanti erano pure in marrocchino.

Questo costume era stato ideato per proteggere le persone incaricate di curare gli appestati e, siccome l'opinione generale era che la peste si comunicasse pel contatto e per la respirazione, si proteggeva la pelle contro i pericoli del contatto con le cose esterne, mentre si pensava di togliere all'aria respirata le sue proprietà misteriose e dannose, impregnandola di vapori balsamici. La credenza era che le sostanze profumate purificassero l'aria, perchè gli odori rendevano più gradevole il respiro.

Nel criterio di questa precauzione c'era del vero e del falso a un tempo.

È ormai accertato che la peste si propaga per il contatto, quindi un mezzo che isoli il medico deve avere la sua utilità.

I guanti specialmente servono a preservare le mani contro le inoculazioni, che avvengono per una scorticatura, una puntura lievissima, una sgraffiatura che può subirsi facilmente. E di sicuro, se il costume era così fatto che impediva tutti i contatti della sua pelle con le mosche, le cimici, le zanzare, le pulci ed altri insetti che brulicano negli alloggi ristretti, in minore o maggior numero, male aereati, mal tenuti, e troppo abitati, e, ove la peste specialmente infierisce — ripensare, ad esempio, le agglomerazioni che si fanno nelle città come Bombay — doveva diminuire semplicemente i rischi del contagio.

Il becco era meno felice. Perchè se molte delle sostanze di odore acuto, sono al tempo stesso antisettiche, molte non lo sono punto, e gli aromi di cui era munito l' interno di questa appendice, non potevano mai agire sul microbo, di cui, del resto, non si conosceva allora l'esistenza e sopratutto la natura. La peste era attribuita alla impurità dell' aria, a certi lieviti nitrosi arsenicali o zolforosi, a dei vermi, cioè a dire, a degli animaluzzi, a degli infusorii, sopratutto, che il microscopio, allora in embrione, cominciava a rilevare a Kircher e a Leeuwenhoeck, ma tutto ciò era vago ed incerto.

I nostri predecessori non avevano ancora nè gli strumenti, nè i metodi necessari, e i loro ragionamenti, il loro spirito critico erano men che mediocri, in medicina sopratutto, dove il soprannaturale aveva il sopravvento, in ciò che concerne la causa delle malattie. La disinfezione, quale allora si praticava, non poteva essere che un vano esercizio, i vapori impregnati di aromi sono senza azione sui microbi, nella maggior parte dei casi.

La medicina non è una scienza ma un'arte scientifica.

Il dottor Simon Baruch in un discorso al collegio medico di Virginia ha detto che è un errore considerare la medicina come una scienza perchè l'accumulo di dati e speculazioni su teorie non formano scienza. Bacone la chiamava una branca congetturale delle scienze naturali. Non ostante tutti i dati positivi acquistati negli ultimi anni, la medicina non è ancora una scienza perchè molti problemi comprendono premesse incerte ed indefinite, donde non possono derivare che illazioni incerte e non scientifiche. Ecco perchè il Baruch conclude che la medicina è un' arte costrutta su base scientifica.

Azione della luce colorata

Nella grande fabbrica di lastre fotografiche dei Lumiére di Lyon, si è fatta l'osservazione che gli operai si trovano meno affaticati la sera, ora che si sono sostituiti ai vetri rossi quelli verdi.

Il dottor Doniza ha visto cessare delle melanconie, delle ossessioni, delle agitazioni ponendo gli ammalati in istanze rosse, bleu o violette.

Buoni effetti ebbe anche il Raffegeau con la camera violetta o rossa. Così un architetto-paesista americano nei giardini e parchi di proprietari nervosi irritabili, dispone dei fiori bleu e violetti intramezzati di verde.

GAZZETTINO

FRANCIA. *In qual caso chi ha un diploma estero in medicina commette in Francia il delitto di usurpazione del titolo francese di dottore in medicina.* — L'articolo 20 della legge del 30 novembre 1892 dice: « ha usurpato il titolo francese di dottore in medicina chiunque, praticando l'esercizio della medicina, fa precedere o seguire il suo nome dal titolo di dottore in medicina senza indicare l'origine estera».

Questo articolo definisce l' usurpazione del titolo francese, specificando che deve essere indicata l'origine estranea del titolo e non quella del medico. Questa indicazione si dovrebbe senza dubbio esigere anche da un francese che ha un diploma straniero, e non da un forestiero che ha avuto il diploma in Francia. Ma l'indicazione dell'origine estera del titolo dall'articolo 20 si esige solo per chi si intitola dottore in medicina. Lo stesso deve dirsi di chi ha un diploma estero di dottore in medicina che si intitola semplicemente dottore? La Corte di Cassazione di Francia non si è ancora pronunziata a questo riguardo.

Il consigliere Accarias ha però conchiuso la sua relazione nel senso che la legge presa alla lettera non permette di rilevare nella specie il delitto d'usurpazione del titolo.

PARIGI. *Accademia di medicina.*—Per la morte di Laboullière, il prof. Raymond è stato nominato presidente dell'Accademia.

FRANCIA. *I medici degli ospizii di beneficenza e le consultazioni-gratuite negli ospedali.* — La Società francese dei medici degli ospizii di beneficenza ha adottato un progetto del dottor Dorison che, domanda le modifiche seguenti al funzionamento della assistenza pubblica: 1° La consultazione fuori degli ospedali sarà soppressa; 2° L' ammissione dei malati all'ospedale sarà fatta dai medici degli ospizii di beneficenza; 3° Degli esterni in numero sufficiente saranno messi a disposizione dei medici direttori di sale per aiutare questi ultimi nell' adempimento della loro missione; 4° Tutti i farmaci inscritti nel Codice ed il latte figureranno nella tabella degli ospizii di beneficenza e i medici saranno autorizzati a prescriverne dosi sufficienti; i bagni potranno essere prescritti almeno alla consultazione delle malattie cutanee; 5° Saranno fondati dispensarii generali, in dipendenza degli ospizii di beneficenza, per le malattie cutanee, per le malattie degli occhi, delle orecchie, del naso, dei denti, ecc., con medici specialisti e dentisti come direttori; 6° L'indennità annuale dei medici della consultazione dei dispensarii sarà migliorata.

FRANCIA. *Viaggio d' istruzione medica, per la visita delle sorgenti di acque minerali, stazioni marittime, climatiche e sanatorii francesi.*—Il viaggio che si farà quest' anno è sotto la direzione scientifica del dottor Landouzy, professore di terapeutica alla facoltà medica di Parigi, il quale farà sul posto delle conferenze sulla medicazione idro-minerale e sua indicazione. Detto viaggio ha la durata di 12 giorni e si fa dal 2 al 13 settembre. Si visiteranno le stazioni del centro e dell' Alvernia. Il punto di riunione è Neris e l'ultima stazione Pongues, dove i viaggiatori si separeranno per andare al proprio paese. Il prezzo stabilito fu di 200 lire.

PARIGI. *Una misura igienica.*—La decisione del Ministro della Guerra di sopprimere la partecipazione del quinto e del nono corpo d'esercito alle manovre a causa dell'infezione tifoidea viene considerata come un'importante misura igienica che il Gallifet non tardò a prendere per evitare una maggiore propagazione dell'infezione.

PARIGI. *Mortalità dal 6 al 12 agosto.* — L'ufficio di statistica municipale ha segnato, durante la 32ª settimana, 926 decessi, cifra notevolmente inferiore a quella della settimana precedente (1114) ma ancora superiore alla media ordinaria delle settimane di

agosto (876). La febbre tifoide e la rosolia sono allo stato stazionario, le altre malattie epidemiche sono rare. I casi di malattia per febbre tifoide si sono abbassati da 232 a 180. La febbre tifoide ha prodotto 31 decessi: la rosolia 22, la scarlattina 2, la pertosse 8 e la difterite 4. Non vi è nessun caso di morte per vaiuolo durante le ultime cinque settimane; la diarrea infantile (atrepsia ecc.), ha prodotto 171 decessi di bambini nei primi mesi della loro esistenza; la tisi ha prodotto 124 decessi. Vi sono stati 10 suicidii e 20 altre morti violenti.

PARIGI. *Modificazione del regolamento del servizio di sanità.* (Concorso dell'internato in medicina). —Il paragrafo 2° dell'articolo 102 del regolamento sul servizio sanitario, che determina le condizioni di ammissione al concorso dell'internato in medicina è stato completato come segue: « Gli esterni, non possono sempre prendere parte a questo concorso che durante i sette anni che seguono alla loro iscrizione in medicina. Per eccezione, gli interni provvisorii in esercizio, e che fecero i loro studii conformemente al regolamento stabilito dal decreto del 20 giugno 1899, godranno di un altro anno di tempo.

PARIGI. *Club medico.* — Grazie alla attività del dottor Dolèris, il Club medico di Parigi è costituito. Vi sono già inscritti più di duecento medici. Il Comitato è composto da Marcel Baudoin, Bouloumie, Boursier, Brissaud, Chassevant, Chervin, Chevallerau, Coudray, Desnos, Dolèris, Durand-Fardel, Faisans, Florand, Jamin, Laborde, Lataste, Lefèvre, Marchant, Maygrier, De Molènes, Poyet. Pozzi, De Ranse, Valude. La tassa annua è di L. 100 oltre lire 5 per l'ammissione, che bisogna rinnovare ogni anno. Le adesioni si debbono rivolgere al dott. Dolèris, 20 boulevard de Courcelles.

LIONE. *I bagni igienici.*—I successi dei bagni a docce popolari in questa città hanno oltrepassato ogni aspettativa. La statistica dei bagnanti nel mese di luglio, che è stato il primo d'esercizio, ne fa fede, e bisogna notare che appena quattro *chalets.* si sono aperti al pubblico. La progressione è stata costante e delle più notevoli; da 1463 bagnanti durante la prima settimana, s'è arrivato a 2882 nella seconda a 4007 nella terza e a 3592 nella quarta.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo—Palermo

1. A. Cuneo. La clinica chirurgica operativa di Genova nell' anno scolastico 1897-98. Genova, Tip. R. Istituto sordomuti 1899.
2. G. Gobbi. Un caso di corea bilaterale congenita. Estratto dal *Supplemento al Policlinico* 1899.
3. L. M. Spolverini. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie du purpura primitif chez les enfants. Estratto dagli *Annales de médecine et chirurgie infantiles* 1899.
4. L. Concetti. Dalle malattie scolastiche e del modo di prevenirle. Roma, Tip. G. Balbi 1899.
5. L. Concetti. Sulla amiotrofia idiopatica diffusa. Estratto dalla *Pediatria* 1899.
6. L. Concetti. Puntura lombare e sieroterapia nelle meningiti acute non tubercolari della infanzia. Estratto dal *Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 1898-99.
7. L. Concetti. Sopra alcune forme anormali di pulmonite lobare nei bambini. Estratto dalla *Pediatria*, 1899.
8. L. Concetti. La ponction lombaire de Quincke dans la pratique infantile. Estratto dagli *Annales de Médicine et Chirurgie infantiles*, 1899.
9. L. Concetti. Delle associazioni batteriche nella difterite in rapporto alla sieroterapia. Estratto dalla *Pediatria*, 1899.
10. L. Concetti. Sopra alcune anomalie congenite del colon inducenti la costipazione abituale dei bambini. Estratto dal *Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 1898-99.
11. A. Sclavo. L'iniezione endovenosa di bacilli del carbonchio nelle pecore fortemente immunizzate contro questa malattia ed il comportamento in esse delle sostanze preventive specifiche. Estratto dagli *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Milano. Istituto politerapeutico (*Corso Venezia 27*). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Macello. (Torino). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 1000 più 150 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Megliadino S. Fidenzio (Padova). Medico chirurgo ostetrico, Stipendio L. 3400. Scadenza 15 settembre.

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a plena cura per la frazione di Fereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Cineto Romano. (Roma). Concorso al posto di Medico-chirurgo condotto. Stipendio annuo L. 1800 compresi L. 100 come ufficiale sanitario. Scadenza 20 settemare.

Cassine. (Alessandria). Concorso per la nomina di uno dei due medici condotti pei poveri. Stipendio annuo L. 850. Scadenza 15 settembre.

Provaglio sopra e sotto. (Brescia). Concorso alla condotta medico-chirurgica consorziale dei due Comuni. Stipendio annuo L. 1800. Scadenza 15 settembre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

La dispepsia nell'insufficienza motrice dei reni (dispepsia urocinetica)

É sufficientemente noto che le profonde alterazioni dell' apparecchio renale possono indurre fin da principio disordini vari della digestione, tanto che si ritiene indispensabile l'esame delle urine in tutti i casi di dispepsia costante. Il rapporto tra la dispepsia e l'affezione renale si stabilisce subito quando esistono i segni evidenti di quest'ultima, sia che si tratti di un' albuminuria costante o periodica con eliminazione di elementi morfologici, o di cirrosi renale o semplicemente di aumento della eliminazione di acido urico e di urati. Più difficile è la diagnosi quando l' urina coi metodi ordinari non dà segni certi o non dà addirittura alcun segno di affezione renale, ad esempio nel caso in cui insieme a pochi epiteli o corpuscoli di pus si trovano, con i metodi delicati d'indagine, minime tracce di albumina, come segno di una lieve irritazione cronica dei reni. Le difficoltà si fanno ancora maggiori, quando si tratta di un'affezione renale periodica, la quale nel momento in cui vien fatto l'esame può essere completamente latente, tanto più che non di rado suol verificarsi un'alternativa tra i fenomeni dispeptici ed i fenomeni renali, nel senso che questi ultimi precedono o seguono i primi.

Deriva da ciò che in tutti i casi di gravi disordini della digestione, quando non può essere sicuramente esclusa l'influenza di un altro organo più o meno lontano, deve farsi un esame funzionale esatto del rene, vale a dire bisogna non solo esaminare l'urina nel modo ordinario, ma sopratutto studiare l' influenza che hanno sull' attività renale i cambiamenti dell'ordinario modo di vivere, ad es. una più abbondante ingestione di idrati di carbonio o di albumina, una grave fatica, una pratica diaforetica, la limitazione o l'aumento dei liquidi. A tal uopo si richiede naturalmente che l' urina di ogni giorno venga esaminata separatamente, per poter così giudicare il modo, la forma e la celerità con cui si compie la funzione delle diverse parti dell'apparecchio urinario, e specialmente come si comporta l' indice di acidità, la quantità dell' urina, e per conoscere se essa contiene muco, albumina e gli elementi di cui è costituito il sedimento, ed in ultimo per studiare la scomponibilità dell'urina.

Prima di esporre le forme tipiche di dispepsia, sono necessarie alcune osservazioni sistematiche sui disordini urogeni. Si dicono tali quei fenomeni che si accompagnano ad anomalie della secrezione renale nel senso più ampio. Si possono distinguere tre forme: quella dipendente da anomalie dell' attività specifica dei reni, della vera e propria attività uropoietica (sintetica); quella dovuta ad anomalie di altre parti dell'apparato urinario, che secondo Rosenbach, hanno non solo una funzione motrice, ma anche secretiva (mucoformativa o mixopoietica), se si ammette che la formazione del muco rappresenta solo una parte del lavoro della mucosa (estra-essenziale), od in altre parole che il muco costituisce soltanto un prodotto accessorio del lavoro delle membrane mucose. Le mucose della pelvi renale, degli ureteri, della vescica hanno un' altra funzione importante, ancora poco apprezzata, necessaria per la conservazione del normale ricambio materiale e per la costituzione opportuna dell'urina (funzione urodesmica). Il prodotto di questo lavoro essenziale (interno) c'è ancora ignoto; quello del lavoro estra-essenziale lo riconosciamo in molti casi patologici, in cui vengono eliminate grandi quantità di muco come espressione dell'anormale attività renale. Nei gradi più avanzati di insufficienza della funzione mucopoietica e rispettivamente urodesmica, l' urina ha cattivo odore e si scompone facilmente, e noi ammettiamo che ciò avvenga solo perchè manca un componente importante dell'urina od un importante fattore della secrezione. Oggi si tende generalmente a riguardare questo processo come effetto dell'attività dei batteri.

La terza forma di disordine urogene è la disurica, che dipende da anomalie (della parte motrice dell'apparecchio urinario dai reni inclusi, ossia dai canalicoli efferenti all'uretra). Infine esistono disordini locali secondari, che sono effetto dell'anormale composizione dell'urina, e quindi sono segno di stimolazione delle vie urinarie, nei casi di anormale acidità o durevole alcalinità dell' urina, di abbondante contenuto di acido urico, calce, acido ossalico (disuria da irritazione).

Bisogna poi nettamente distinguere i casi in cui il sangue, come quel liquido che contiene i prodotti di ricambio materiale, stimola anormalmente l'attività renale, perchè nell'organismo esistono stimoli massimi e grande quantità di materiale per il lavoro renale, da quegli altri casi in cui il sangue ha perduto

la proprietà di nutrire normalmente i reni, come succede nella mancanza di ossigeno, nelle modificazioni del plasma, nell'aumento dei corpuscoli bianchi. Il materiale apportato al sangue per la conservazione dei tessuti e rispettivamente per il lavoro essenziale (secrezione interna) non è identico al materiale (e rispettivamente agli stimoli) per il lavoro estra-essenziale, ossia per la formazione dei componenti dell'urina, malgrado che i due processi si compiano parallelamente. Nel primo caso, in cui il sangue eccita eccessivamente la funzione renale, essendo ancora sufficiente il suo potere nutritivo, il risultato del lavoro estra-essenziale anche in un rene sano è anormale qualitativamente e quantitativamente, ma rappresenta, essendo il rene normale, un' iperattività dell'organo e non è un segno di alterata funzione. In altri termini, malgrado che in tali casi si abbia anche albuminuria, il rene è sano e lo stato generale non è modificato, fino a che l' eliminazione di albumina è semplicemente un atto che regola la funzione, allo stesso modo dell' eliminazione dello zucchero nelle forme benigne di diabete (nella glucosuria alimentare). Dimodochè l' albuminuria nella nefrite o nella degenerazione dei reni è segno di un profondo disordine nutritivo del tessuto, di una vera malattia, ossia di una modificazione notevole del lavoro essenziale. L'albuminuria invece detta « regolativa », malgrado si presenti con gli stessi segni di modificata attività renale, è semplicemente segno di accresciuta attività (estra-essenziale) dell' organo eccessivamente stimolato, ma del resto sano.

La funzione secretiva dei reni è intimamente legata alla motrice. Quest' ultima può essere modificata in primo luogo per difficoltà puramente meccaniche opposte al deflusso dell' urina, come avviene nella ipertrofia della prostata, nell' insufficienza secondaria e ristagno dell'urina in vescica, ed in secondo luogo per debolezza primitiva di tutto il movimento di escrezione, vale a dire per insufficienza reale degli apparecchi motori di tutto il sistema renale, alla quale insufficienza contribuiscono in prima linea le ectasie venose. Va poi considerato che in parecchi casi di ipertrofia prostatica il disordine disurico non è prodotto da ostacolo meccanico al passaggio dell'urina, ma dalla insufficienza muscolare della porzione prostatica dell'uretra o dall'impossibilità di aprire lo sfintere della vescica o di contrarre energicamente il detrusore. Lo stesso può dirsi della ritensione dell' urina nella pelvi renale per l'insufficienza dei suoi elementi motori o della musculatura degli ureteri.

La dispepsia urocinetica si manifesta a preferenza nel sesso maschile verso i 50-60 anni: si hanno ad intervalli disordini digestivi che si rilevano con la ripugnanza per la carne, cattivo alito, pirosi, erutti insipidi, rigurgito, talvolta pesantezza di testa, senso di grande debolezza alle gambe, di tanto in tanto brividi (la temperatura è normale), minzione frequente. L'esame obiettivo d' ordinario non fa rilevare nulla di importante. Il reperto del contenuto gastrico in questi è il più variabile, manca però molto spesso l'acido cloridrico libero. L'urina è di colorito normale od alquanto più carico, il peso specifico è elevato, la reazione debolmente acida, contiene un poco di muco, ma niente albumina nè altri elementi morfologici oltre i corpuscoli di muco. E' importante che al di fuori della vescica l' urina si decompone relativamente presto dando il noto odore ammoniacale. In questi casi bisogna fare un esame funzionale, indagare cioè quanto spesso l' infermo urina e saggiare la capacità della vescica, facendo ritenere l'urina il più a lungo possibile. Si trova che gli infermi non possono trattenerla per lungo tempo e dopo 2 ore la vescica raggiunge una distensione enorme. Allora è certa la diagnosi di paresi del sistema motore dell'apparecchio urinario (urodiscinesi). Devesi poi indagare se si tratti di ingrossamento della prostata o di modificazione del tono dello sfintere o del detrusore.

La cura ha successo in tutti i casi di discreta debolezza della vescica o delle conseguenze di anomalie funzionali dell' apparecchio di chiusura della medesima. Il successo della cura è tanto meno favorevole quanto più lunga è stata la durata della malattia, quanto più elevata è la sezione dell'apparecchio urinario colpita da insufficienza motrice e quando si tratta di disordini secretivi. Nel primo caso non si farà uso del cateterismo, ma basta limitare per qualche tempo l'introduzione di liquidi ed evitare tutto ciò che stimola l' attività renale; inoltre bagni caldi e massaggio del basso ventre, riposo a letto. Giovano la faradizzazione delle pareti addominali e la vescica di ghiaccio. Talvolta si trae vantaggio dall'uso interno della stricnina o dell'ergotina. Si proibiranno la birra, il vino acido, ed in genere l' alcool e si terrà ubbidiente il ventre. Sono opportune le sottrazioni di sangue dall'ano, se esistono ectasie venose.

Se esiste iscuria paradossa e la vescica è molto grande, è indicato il cateterismo, e se ne ha molto vantaggio, quando la parete della vescica conserva il tono normale, in modo che l'urina viene tutta eliminata.

Quando c'è atonia della vescica, il cateterismo non giova, e non resta che a ricorrere ai tonici, che spesso non hanno alcun effetto, e al massaggio addominale.

Infine va fatto cenno della dispepsia dipendente da insufficienza motrice dell'ultima porzione dell'intestino, e qui la migliore cura consiste nel regolare la defecazione.

BIBLIOGRAFIA

Rosenbach. *Berl. klin. Woch.* n. 4, 1897.— Rosenbach. *ibid.* 1889. — id. *Zeitschr. f. klin. med.* Bd VI, p. 242. — id. *Centralbl. f. klin. med.* 1891, n. 8. — id. *Aerztlicher Praktiker*, n. 22, 1893.

— id. *Zeitschr. f. klin. med.* 1884. — id. *Volkmann's Samm. klin. Vortr.* n. 153.—id. *Arch. f. Verdauungsk.* 1895. — id. *Deut. med. Woch.* n. 33-35, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica chirurgica operativa della R. Univ. di Palermo diretta dal prof. I. TANSINI

CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'ADENOMA SEBACEO

Dottor Abele Ajello
Docente di patologia chirurgica

(*Cont. e fine*)

Anamnesi. — Alfano Francesco, di anni 62, contadino, da Palermo, ammogliato con figli. Entra in Clinica chirurgica nell'aprile del 1896. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Circa dodici anni addietro notò in corrispondenza della pinna nasale sinistra la insorgenza di una piccola intumescenza, grossa come la testa di uno spillo, la quale è andata crescendo lentamente e gradatamente fino a raggiungere il volume attuale, senza aver mai provocato alcuna molestia.

Esame clinico. — L'infermo, di costituzione regolare, è in buone condizioni generali di nutrizione. Alla radice della prima nasale sinistra, in corrispondenza del solco naso-genieno si nota una tumefazione della forma e del volume di una noce avellana, a larga base di impianto; superficie liscia, ricoperta da pelle sopradistesa, assottigliata, solcata da piccole arborescenze vascolari; consistenza duro-carnosa, limiti netti e ben definiti, spostabilità abolita essendo la tumefazione fissata alla pelle insieme alla quale è scorrevole sui tessuti sottostanti, i tessuti circostanti si presentano normali, normali pure i gangli dove metton capo i linfatici della regione sede della intumuscenza, la quale si mostra indolente tanto spontaneamente quanto alla pressione.

Il prof. Tansini formula la diagnosi di adenoma cutaneo, senza precisarne l'origine, e lo estirpa giovandosi dell'anestesia locale: l'operato dopo pochi giorni è dimesso guarito, ha goduto e gode tuttora del più completo benessere.

Reperto anatomico. Il tumore estirpato, oltre i caratteri accennati, nella sua superficie d'impianto e di escissione si mostra circondato da tessuto connettivo adiposo e da connettivo compatto paragonabile all'ordinario connettivo sottocutaneo.

La superficie di sezione lascia capire ad occhio nudo e meglio ancora se armato di una lente d'ingrandimento che un involucro fibroso liscio, di aspetto perlaceo involge e limita nettamente dai tessuti vicini il neoplasma, il quale risulta essenzialmente costituito da tessuto ghiandolare e da stroma connettivale. Il tessuto ghiandolare ha una prevalenza assoluta e conferisce al tumore il suo aspetto alveolare. Gli alveoli sono ora distinti e separati, ora invece riuniti fra di loro a foggia di grappolo, alcuni di dimensioni normali, altri trasformati in cavità cistiche; tutti però di colorito giallo-grigiastro, di aspetto untuoso, che si rompono facilmente dando esito, anche senza comprimere, ad una sostanza grassosa, la quale esaminata al microscopio risulta costituita da cellule epidermoidali corneificate, disseccate e da gocciole e detriti adiposi (secrezione sebacea). Lo stroma interstiziale è piuttosto scarso, di aspetto fibroso ed in intima connessione con la capsula: esso forma tramezzi più o meno sottili che servono a circoscrivere gli acini e i lobuli ghiandolari.

Pezzetti del tumore presi in punti differenti vengono fissati in alcool assoluto, in liquido di Müller semplice o addizionato al sublimato; inclusione in celloidina e le sezioni microtomiche furono colorate o con l'ematoxilina ed eosina o con le soluzioni più usate di carminio. Non tralasciai il particolare trattamento richiesto per meglio studiare il modo di comportarsi dei vari elementi del tumore dal punto di vista della metamorfosi della struttura nucleare, caratterizzante la scissione indiretta (cariocinesi).

Esame microscopico. — A debole ingrandimento si riconosce facilmente che il tumore è sviluppato nello strato cutaneo e nel tessuto cellulare sottocutaneo; esso non ha alcun rapporto con la pelle sovrastante a dipendenza della quale sta per alcuni condotti che partendo dal contesto del tumore sboccano alla superficie libera di essa. In tutti i punti si osserva l'isolamento del neoplasma dalle parti limitrofe fatto per mezzo di una capsula fibrosa involgente.

Il tumore è costituito da scarso tessuto interstiziale e in massima parte da tessuto ghiandolare. Questo ultimo è formato di acini ghiandolari a fondo cieco, che nelle sezioni si mostrano ora come otricoli semplici, isolati, indipendenti, ora invece riuniti fra di loro, formando lobi. Dippiù vi si osservano cavità che debbono interpretarsi in parte come sezioni di dòtti escretori dilatati, in parte come sezioni di cisti di varie dimensioni situate in mezzo ai lobi in più o meno connessione con gli stessi.

I lobi sono ben limitati e presentano forme e dimensioni differenti a seconda dei punti che si considerano; essi sono costituiti di tanti lobuli riuniti insieme, la cui disposizione ricorda assai esattamente l'apparecchio racemoso o a grappolo del sistema ghiandolare sebaceo. Su diverse sezioni microscopiche, che attra-

versano lobuli ghiandolari in senso longitudinale, si può agevolmente seguire la riunione di innumerevoli acini, che in alcuni punti avviene con una certa regolarità, in altri invece alquanto disordinatamente, ma sempre attorno ad un comune condotto escretore; dalla confluenza poi di vari di questi condotti hanno origine i condotti deferenti, che sboccano alla superficie libera della cute il più delle volte nella guaina della radice di un pelo, specialmente di lanugine. Questo aspetto abbastanza caratteristico, lo diviene ancora di più in quei punti dove si vedono lobuli neoplastici riunirsi ad altri assolutamente normali. Diviene allora evidente che le ghiandole sebacee sono la sede primitiva dell'alterazione, la quale ha potuto trasformarle in parte o quasi in totalità; ma le ghiandole non sono le sole colpite, qua e là si vedono follicoli piliferi il cui rivestimento epiteliale è aumentato di spessore, mentre il pelo è al contrario distrutto o atrofico. Sicchè l'apparecchio pilo-sebaceo sembra trasformato simultaneamente in tutte le sue parti costitutive e forma il punto di partenza principale della neoplasia.

Si riscontrano del pari numerose cisti di varia dimensione; ciascuna di esse ha pareti sottilissime che stanno quasi a contatto immediato con le vicine; le più grandi nei punti di contatto mancano spesso di parete, qualche volta per una estensione tanto rimarchevole da far credere originariamente unica quella che è il prodotto della fusione di diverse cisti. Hanno un contenuto giallastro formato da una ricca trasformazione delle cellule in elementi sebacei. Queste cisti sono indovate nei lobuli, oppure vi stanno di lato, qualche volta esse sembrano continuarsi con tubi escretori, di cui parrebbero una dilatazione.

In alcuni punti delle sezioni si possono ancora distinguere ghiandole sudoripare, però in povero stato, quasi atrofiche, coinvolte e strozzate dal processo neoplastico,

Infine una capsula di connettivo fibroso, che fa da inviluppo continuo, spesso, resistente accoglie tutti gli elementi del tumore, il quale resta in tal guisa nettamente isolato dalle parti vicine. Questo tessuto capsulare é povero di cellule e di vasi, in alcuni punti invece è riccamente fornito di elementi fusiformi connettivali; esso manda spesse propaggini nella zona ghiandolare, che riescono a delimitare i lobi del tumore; da queste poi si diramano sottili tramezzi che alla loro volta servono a separare rispettivamente i lobuli e gli acini. Questo stroma o rete interstiziale ha i caratteri di un connettivo piuttosto lasso, fornito di cellule fusate e di scarsi vasi; in alcuni punti perde la sua struttura e si mostra omogeneo, gonfio, splendente, jalino.

La pelle sovrastante al tumore è scarsa di papille, per cui il derma appare quasi pianeggiante e lo strato epidermico in conseguenza presenta introflessioni interpapillari poco marcate; esso presenta lo spessore e l'aspetto assolutamente normale, sulla sua superficie libera sboccano numerosi dòtti escretori, alle volte molto dilatati.

Maggior profitto si ritrae dall'esame dei preparati a forte ingrandimento: allora si può seguire lo sviluppo e l'evoluzione del processo neoplastico, partendo dall'elemento più semplice, costitutivo, non ancora coinvolto dalla alterazione e seguendone gradatamente le fasi successive. Qua e là nei preparati si osservano acini ghiandolari tuttora intatti che risultano costituiti da una membranella propria o basamentale, la quale internamente è tappezzata da un solo rango di epitelio, che forma il rivestimento parietale del cul-di-sacco e le cui cellule hanno caratteri istologici ed attività funzionali particolari e differenti da quelli che presentano le restanti cellule che riempiono l'acino. Infatti gli elementi di questo rivestimento sono disposti con ordine e simmetria, hanno forma cubica, protoplasma scarso, finamente granuloso ed un grosso nucleo irregolarmente tondeggiante, ben tingibile, fornito di un reticolo nucleare evidente e di uno o due nucleoli. Con accurate ricerche si può riconoscere in questo strato di cellule parecchie evidentissime forme di cariocinesi a differenti stadi di scissione. Sicchè questo strato epiteliale e pel carattere protoplasmatico dei suoi elementi cellulari e per la costituzione dei nuclei in riposo, come pure per la presenza di nuclei in mitosi, si deve ritenere come lo strato più giovine, generatore, il quale in condizioni fisiologiche genera elementi cellulari dissimili, che incessantemente si riversano nell'interno dell'acino, costituendo il materiale di secrezione: infatti questi elementi sono disposti irregolarmente ammassati e piggiati l'un l'altro per cui presentano una morfologia differente, sono ora più grandi, ora più piccoli, rigonfi, appiattiti, ora rotondi, ora poligonali con con-

torni non netti, con protoplasma abbondante, chiaro non granuloso ma costituito da goccioline adipose, in mezzo alle quali si può a stento dimostrare un nucleo piccolo, rattrappito, pochissimo colorabile. Queste cellule presentano tutte le gradazioni fino alla trasforzione sebacea.

Al contrario in molti punti succede ben diversamente; per deviazione della loro evoluzione abituale e della loro trasformazione immediata in materia sebacea, gli epiteli dell'unico strato parietale proliferano attivamente dando luogo non solo a nuovo e lussureggiante rivestimento, ma anche a neoformazione di tessuto ghiandolare tipico. Allora nell'interno degli acini l'epitelio non forma un semplice rivestimento degli acini ghiandolari, ma si sovrappone in molti strati, due, tre e anche dippiù, passa, cioè dalla forma semplice a quella stratificata, e le cellule epiteliali neoformate, simili alle matrici, disponendosi man mano concentricamente riempiono e dilatano la cavità del follicolo. In queste condizioni la membrana basamentale sempre più stirata ed assottigliata cede qua e là nella sua continuità, e da queste interruzioni fuoriescono elementi epiteliali, i quali a guisa di bottoni o di gemme fanno ernia nello stroma connettivale circostante, dove, svolgendosi e sviluppandosi, tornano a rivestirsi di cuticola anista, si forniscono di un lume centrale, acquistano una forma epiteliale ben determinata. In tal modo si originano nuovi follicoli ghiandolari perfettamente identici al tipo ghiandolare da cui provengono.

Benchè deviate dal loro processo normale, queste cellule possono ancora nella loro ulteriore evoluzione, quasi per non smentire la comunanza di origine e di parentela con gli elementi sebacei, dar luogo ad un prodotto di trasformazione o di secrezione cellulare costituito essenzialmente da materiale sebaceo, il quale si raccoglie nel lume dei follicoli.

In alcuni di questi per esagerato accumulo di sostanza sebacea, determinato da ostacoli che si oppongono alla sua eliminazione, forse per una continuata ipersecrezione di essa da parte degli epiteli, si svolge lentamente un'azione meccanica che produce la dilatazione degli otricoli, la loro trasformazione in cisti. Nelle più grandi l'epitelio cutico di rivestimento schiacciato sempre più contro la periferia, con l' aumentarsi del contenuto dapprima si modifica nella forma, si abbassa fino al punto di divenire quasi piatto; poi a lungo andare viene colpìto da atrofia e dalla metamorfosi granulo-grassosa, si distacca ed il prodotto della degenerazione si fonde col contenuto cistico: è dato allora scoprire qua e là pareti cistiche sfornite in parte di epitelio.

Progredendo la degenerazione cistica, le pareti delle cisti si assottigliano, da rassomigliare a delicatissime tramezze, le quali non tardano a rompersi, ottenendosi la fusione di diverse cisti con formazione di spazi lacunari di maggiori dimensioni riempiti di sostanza sebacea.

In mezzo alla massa neoplastica si rinvengono numerosi dotti escretori tappezzati da un tipico epitelio pavimentoso stratificato, simile al rivestimento epidermico, di cui è una continuazione, e che, diminuendo man mano nel numero dei suoi strati cellulari, passa verso il cul-di-sacco a formare lo strato unico di epitelio ghiandolare. Questi condotti si possono identificare ai dòtti escretori delle ghiandole sebacee. Evidentemente le cellule epiteliali di essi non subiscono degenerazione adiposa, ma tendono piuttosto alla metamorfosi cornea: quindi le masse di sostanza sebacea, di cui, in sezioni trasverse si vedono stipati questi condotti, derivano senza dubbio dagli elementi dei fondi ciechi che risalgono a poco a poco il lume ghiandolare per essere eliminati, spinti innanzi da altri elementi che vanno formandosi nel fondo, come lo dimostrano le cariocinesi già accennate. In altri punti delle preparazioni alcuni condotti escretori si mostrano grandemente dilatati e trasformati in cisti, il cui aspetto, desunto dal loro rivestimento epiteliale, è differente da quello delle cisti sviluppatesi dai follicoli ghiandolari.

Altre volte si può anche vedere che la cisti sta in qualche punto in rapporto con un grosso canale, che si continua alla sua volta con una introflessione dell' epidermide o con follicoli piliferi.

Questi follicoli si possono trovare riempiti ed obliterati da una massa di lamelle cornee desquammate, tenute insieme dal secreto sebaceo, formando una specie di turacciolo.

Tanto dalle considerazioni cliniche, quanto da quelle istologiche credo di poter venire a conclusioni circa il punto di vista della genesi e della natura di questo neoplasma.

L'andamento clinico della malattia dimostra

un'affezione che ha seguito un andamento assolutamente innocuo: il tumore si è sviluppato lentamente, senza recare molestie, non ha mai, per quanto antico esso fosse, oltrepassato un piccolo volume, ed una volta esciso non ha presentato tendenza alla recidiva, anche dopo anni ed anni come fu provato da un recente esame dell'ammalato. Il tumore ha sede negli strati delle pelle ed in un punto della faccia (solco naso-genieno), dove le ghiandole sebacee, comparativamente a quelle sudoripare, presentano il più grande sviluppo allo stato normale; esso è ben limitato, circoscritto da una guaina connettivale e non ha tendenza ad invadere le parti vicine.

Inoltre l'analisi della struttura dimostra che il tumore consta di una enorme quantità di ghiandole distribuite a lobi, che stanno in rapporto con dòtti escretori perfettamente identici a quelli del sistema pilo-sebaceo; e presentano un nesso coi follicoli piliferi, si è osservato ancora che il tumore si è sviluppato a poco a poco per una graduale produzione iperplastica e rigenerativa degli epitelii delle ghiandole sebacee presistenti, di cui ha abbastanza ben conservato la struttura e la funzione. Tale tumore dunque deve considerarsi come un *adenoma sebaceo.*

Ringrazio il mio maestro, prof. Tansini per aver messo a mia disposizione il pezzo anatomico e per i mezzi offertimi in questa ricerca.

BIBLIOGRAFIA

Porta. Dei tumori follicolari. Memoria prima. *Atti dell'Istituto Lombardo,* Milano, 1856.—Porta. Dei tumori follicolari sebacei. *Annali univers. di medicina.* Vol. CLXVIII, Milano 1859.—Broca. Traitè des tumeurs, tome II, Paris, 1869. — Lücke. Dottrina dei tumori, in Enciclopedia chirurgica di Pitha e Billroth, trad. it. Napoli, 1876.— Rindfleisch. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. Leipzig, 1878, p. 278.—Bock. Ueber ein Adenom der Talgdrüsen. *Virch. Arch.* Bd. LXXXI, p. 503.—Geber. in « Handbuch der Hautkrankeiten » herausgegeben von Ziemmsen-Leipzig, 1885, p. 521.—Balzer et Mènetrier. Étude sur un cas d'adénomes sèbacès de la face et du cuir chevelu. *Arch. de physiologie,* 1885, p. 564. —Balzer et Grandhomme. Nouveau cas d'adènomes sébacès de la face.—*Arch. de physiologie,* 1886, p. 93.—Pringle. *Britisch Journal of Dermatology,* II, n. 1, 1890.—Doyon. Prefazione al manuale di Kaposi. Trad. it. Napoli.—Caspary. Ueber Adenoma sebaceum. *Arch. f. Derm. und Syphilis.,* 1891.—Leloir et Vidal. Traitè dèscriptif des maladies de la peau. Tav. XLV, fig. 3ª.— Radcliffe-Crocker. Adenoma sebaceum. Verh. d. II internat. Kongr. in Wien, 1892.—Taylor and Berendt. Three cases of adenoma sebaceum in one family.—*Brit. Journ. of. Dermat.* 1893, p. 360—Allan Jamieson. Adenoma sebaceum. *Brit. Journ. of Dermat.* 1893, e *Arch. f. Dermat. und Syph.* 1894.—Rosenthal. *Arch. für Dermat. und Syph.,* 1894. — Monti A. Ricerche sull'adenoma sebaceo. *Bull. della soc. medica di Pavia,* 1895.—Hallopeau et Leredde Sur un cas d'adènomes sebacès a forme sclèreuse. *Ann. de Derm.,* n. 5, 1895.—Barlow R. Ueber adenomata sebacea. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1895, t. LV.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE LARIBOISIÈRE DI PARIGI.—Tuffier

Calcolo dell'uretere e dell'appendice

L'uretere destro e l'appendice sono molto vicini fra di loro e spesso in rapporto diretto. Certamente allo stato normale questi rapporti non sono immediati, perchè l' appendice è intraperitoneale e l'uretere sottoperitoneale, ma quando in quella località si sviluppa un processo patologico, finisce questa distinzione. L'appendice infiammata si accolla al cieco ed al peritoneo parietale al quale aderisce spesso intimamente e l' uretere, che è vicino, può essere inglobato in queste aderenze. Questa intimità di rapporti fa si che in alcuni casi venga resa difficile la diagnosi, ed in altri pericolosa l'operazione.

Una donna di 36 anni é stata ricevuta con la diagnosi di accessi dolorosi nefritici per calcolo dell'uretere destro. Negli antecedenti non havvi che un accesso lieve di colica renale due anni addietro.

Un mese addietro una notte si manifestò un dolore violento nella fossa iliaca destra irraggiantesi all'epigastrio, ai lombi ed alla coscia ed accompagnato a febbre, sudori profusi, vomito, oliguria, L'accesso durò $^3/_4$ d'ora e si ripetè con gli stessi caratteri i giorni seguenti. La cura medica non diede alcun risultato e l'inferma oggi si trova nelle condizioni seguenti: i dolori sono talmente atroci che essa gradatamente si è ridotta al punto di farsi 6 iniezioni di morfina al giorno; nella fossa iliaca destra esiste una zona dolente, in cui si palpa una tumefazione allungata, a grande asse verticale, che risale fin verso le false costole. Questa tumefazione, irregolarmente cilindrica, del volume d'un pugno, leggermente mobile nel senso trasversale, è distinta dalla regione renale che è libera. Disappetenza; stitichezza ostinata; temperatura 37°; polso buono.

Come si vede, i sintomi ed il decorso dell' affezione si accordano tanto con la diagnosi di appendicite, quanto con quella di calcolo dell'uretere. L'esame delle urine precisa la diagnosi. Nel corso dell'appendicite le urine possono diminuire notevolmente di quantità, e può aversi anche l'anuria

quando i fatti peritoneali diventano gravi. Anche i sali e le sostanze coloranti dell' urina possono nell'appendicite aumentare in proporzioni tali. da sospettare a prima vista un'ematuria, ma l'urina non contiene sangue. Invece in questa donna, all'esame microscopico dell'urina si trova una grande quantità di globuli rossi, alcuni leucociti e cellule epiteliali. L'esistenza costante dei globuli rossi nell'urina ha qui la massima importanza perchè permette la diagnosi di calcolosi del rene. Ma la distinzione clinica tra calcolosi renale ed affezione dell'appendice spesso è difficilissima. Ecco un esempio. Un uomo di 50 anni alcoolista, che da parecchio tempo soffriva di coliche nefritiche, presentava da 5 giorni una tumefazione alla regione lombare lungo il tragitto dell'uretere. L'inizio della malattia somigliava a quello d'una colica nefritica. Nondimeno si ammise piuttosto un' appendicite, e si fece un' incisione esplorativa, la quale dimostrò che l'affezione era retroperitoneale. L'incisione lombare fece pervenire in una collezione purulenta fetida, in cui nuotava un calcolo del volume di una noce. Questo calcolo duro, nero, quasi liscio somigliava ad un calcolo epatico, ma la sezione dimostrò trattarsi di calcolo fecale. Si aveva perciò dinanzi un'appendicite a focolaio lombare in un individuo con litiasi renale.

Un altro esempio è il seguente:

Un uomo molto grasso soffriva da lungo tempo di coliche renali al lato destro. L' accesso che richiese l'intervento, fu particolarmente grave: esisteva oliguria e l'urina conteneva sangue. Fu fatta diagnosi di colica renale. Nondimeno il giorno appresso la temperatura salì a 38°C. (nella colica renale semplice non c'è febbre), il vomito si fece più frequente ed al 3° giorno nella regione lombare si trovò una tumefazione. Questa era cilindrica, liscia, parallela all'uretere, dolente alla palpazione. situata indietro al colon ascendente, con risonanza chiara alla superficie.

Si pensò a fenomeni di periureterite ed a qualche complicazione infettiva e fu eseguita alla parte esterna ed inferiore della regione lombare un'incisione verticale che aprì un ascesso contenente brani gangrenosi di tessuti. Nei giorni seguenti lo scolo di materie focali dall'incisione, assodò la diagnosi di appendicite.

Gli accessi dolorosi ripetentisi ad intervalli più o meno lontani nella regione iliaca destra possono essere dovuti tanto ad un' appendicite, quanto ad un calcolo dell'uretere. Ecco un esempio: Un uomo di 51 anni. gottoso; soffriva di dolori dall' età di 35 anni, localizzati nella regione lombo-iliaca destra, di carattere gravativo. Nel 1892 si ebbero accessi violentissimi nella fossa iliaca destra; l'apparecchio urinario era integro. Da quell'epoca senza che alcun fatto nuovo si fosse verificato, il dolore andò diminuendo spontaneamente. Ecco un caso in cui la natura delle lesioni resta indeterminata. In conchiusione l' ematuria micro- o macrospica dà la chiave per la diagnosi differenziale tra calcolosi dell'uretere ed appendicite; non di meno non bisogna dimenticare che i calcoli dell'appendice si incontrano spesso in uricemici, e quindi non è difficile un errore di diagnosi.

OSPEDALE SAINT-LOUIS DI PARIGI

Prof. Nélaton

Litiasi appendicolare cronica

Dott. Pestemazoglu

La penetrazione nell'appendice di corpi stranieri che determinano la sua perforazione, è un fatto noto, ma raro. Lo sviluppo di calcoli nell' appendice è un fatto del pari noto. La loro presenza in quest'organo è una causa molto frequente dell'accesso appendicolare di cui oggi si conosce abbastanza bene l'andamento clinico; ma allato a questi fatti si può descrivere una forma di litiasi appendicolare, che ha un decorso essenzialmente cronico e ch'è caratterizzata da fenomeni dolorosi poco intensi nella regione appendicolare, che durano molto tempo, e dalla presenza d' un tumore evidente a questo livello. Nel caso riferito da Pestemazoglu si tratta d' una donna di 36 anni, ch' entrò nell' ospedale per dolori nella fossa iliaca destra. Circa nove anni addietro, l'inferma ebbe una prima crisi dolorosa al ventre, per la quale restò in cura per un periodo di 18 mesi.

Questa crisi consisteva in spasimi continui alla fossa iliaca destra, senza irradiazioni, e di debole intensità. Non s' avevano vomiti durante la crisi, bensì costipazione ed irregolarità delle mestruazioni, come prima. S' applicarono delle punte di fuoco. Già fin d'allora si constatò un'intumescenza alla fossa iliaca destra. Da quest'epoca la regione rimase sensibile, ma non s' ebbero più spasimi e l'intumescenza diminuì. Sette mesi fa ebbe una 2ª crisi: ricominciarono i dolori cogli stessi caratteri s'ebbero spasimi più vivi, la tumefazione aumentò di volume. Questa 2ª crisi, più intensa della 1ª, ha obbligato l'inferma a stare a letto da 7 mesi. All' esame fisico, si constatò coll' ispezione e sopratutto colla palpazione un tumore allungato nella fossa iliaca destra, che cominciava due dita traverse al disopra del pube, risaliva verso la spina iliaca antero-superiore, decorrendo parallelamente al legamento di Falloppio, ma ad una certa distanza. Il tumore era durissimo, faceva corpo colle parti profonde della parete addominale, era dolente alla pressione, alla percussione dava suono subottuso. Nélaton fece diagnosi probabile di un'appendicite cronica con aderenze peritoneale ed epiploiche peri-appendicolari. Si passò all' operazione: si praticò un' incisione nella fossa iliaca destra, la pelle ed il tessuto cellulare sottocutaneo erano sani, la parete muscolo-aponevrotica sem-

brava essere stata sede di un' infiammazione cronica ed il coltello v' incontrò tessuto fibroso nel mezzo del quale era difficile riconoscere diversi strati anatomici. All' apertura del peritoneo, s'estrassero con un cucchiaio dei frammenti di calcoli duri e nerastri, e di corpi estranei, si constatò a questo livello l'imbocco d'un diverticolo intestinale, riconoscibile al suo rivestimento mucoso, che era, con grande probabilità, l' appendice perforata. Fra i corpi estratti, si trovarono due spille di cui l'una intatta, circondata da concrezioni calcolose, un calcolo delle grossezze d'una nocciuola, ed altri frammenti di calcoli insignificanti. Si chiuse e si drenò il focolaio. Rimase dapprima una fistola stercorale, dalla quale vennero fuori per 5-6 giorni materie fecali e pus, poi tutto rientrò nell'ordine e la ferità granulò rapidamente. Lo stato generale si mantenne eccellente.

NOMENCLATURA MEDICA

I NOMI PROPRI IN MEDICINA INTERNA

Curschmann (Spirali del): filamenti fibrillari avvolti a spirale nell' espettorato degli asmatici, talora nei bronchitici, tubercolotici.

Damoiseau (Curva di): curva parabolica che forma il limite superiore della zona di ottusità, nei casi di versamento pleurale di media intensità.

Dancel (Cura di): regime alimentare contro l'obesità, con limitazione della quantità delle bevande ad uno o due bicchieri per ogni pasto.

Debove (Malattia di): splenomegalia essenziale.

Debove (Metodo di): cura della febbre tifoide consistente nel favorire la diuresi facendo assorbire 6-7 litri di liquido per giorno.

Debove (Cura di): sovralimentazione nella tisi pulmonare.

Demuth (Metodo di): cura esclusivamente igienica dell'obesità.

Dercum (Malattia di): lipomi sotto-cutanei disseminati, dolorosi.

Dittrich (Turaccioli di): grumi formati da cellule alterate con globuli di pus e batteri, che si trovano nell'espettorato degli individui colpiti da gangrena pulmonare.

Donkin (Cura di): regime latteo (latte scremato) nel diabete.

Dressler (Malattia di): emoglobinuria parossistica essenziale.

Dubini (Corea elettrica di): malattia probabilmente infettiva ad evoluzione lenta, generalmente mortale, caratterizzata da febbre, stato semi-comatoso, convulsioni accessionali, scosse muscolari cloniche, affettanti dapprima i muscoli della mano e del piede, e ricordanti le scosse elettriche.

Duchenne (Attitudine di): nella paralisi del trapezio la spalla è cascante; l' omoplata gira in modo che il suo margine interno, invece di essere parallelo alla colonna vertebrale, diviene obliquo d'alto in basso e da fuori in dentro.

Duchenne (Malattia di): paralisi labio-glosso-faringea.

Duchenne (Miopatia del tipo): affezione iniziantesi nell'infanzia caratterizzata dalla paresi degli arti inferiori, di cui la muscolatura pare però ipertrofica (paralisi pseudo-ipertrofica).

Duchenne-Erb (Gruppo di): gruppo dei muscoli dell'arto superiore (deltoide, bicipite, brachiale anteriore e lungo supinatore) d'ordinario colpiti nelle affezioni del midollo.

Dujardin-Beaumetz (Cura di): regime alimentare contro l'obesità.

Dupuytren (Malattia di): retrazione dell' aponevrosi palmare; il più spesso, se non sempre, di origine nervosa.

Duroziez (Malattia di): stenosi mitralica pura.

Duroziez (Schema del): rumore di ffout-tatarrou, caratteristico della stenosi mitralica pura.

Duroziez (Segno di): doppio soffio intermittente crurale che si ottiene nell'insufficienza aortica, ascoltando l'arteria crurale assai fortemente compressa dallo stetoscopio.

Ebstein (Cura di): regime caratterizzato dalla privazione degli idrati di carbonio nell'obesità.

Eichhorst (Amiotrofia del tipo): inizio dagli arti inferiori ed invasione progressiva del tronco e degli arti superiori, la faccia restando indenne. Questo tipo, femoro-tibiale, è caratterizzato da contratture (artiglio plantare, impossibilità di estendere la gamba sulla coscia).

Erb (Amiotrofia del tipo): affetta dippiù i muscoli del cinto scapolare, più tardi quelli degli arti superiori (tipo scapolo-omerale), nell'infanzia e nell'adolescenza; rispetta la faccia.

Erb (Segno di): aumento considerevole dell'eccitabilità dei nervi periferici nella tetania, mediante l'elettricità galvanica, più raramente faradica.

Erb (Sindrome di): paralisi bulbare astenica.

Erb-Charcot (Malattia di): tabe dorsale spasmodica.

Erb-Goldflam (Malattia di): paralisi bulbare superiore sub-acuta a tipo discendente di J. B. Charcot e Marinesco.

Erichsen (Malattia di): isterismo traumatico spesso consecutivo agli accidenti ferroviari (*railwai-spine*).

Federici (Segno di): percezione dei toni del cuore in tutta l'estensione dell'addome in un soggetto colpito da peritonite da perforazione con fuoruscita di gas intestinali nel peritoneo.

Férèol (Nodosità di): nodosità sotto-cutanee transitorie nel reumatismo articolare acuto.

Filatow (Malattia di): adenite cervicale acuta

idiopatica, con febbre e modificazioni dello stato, generale, nei bambini di 2-4 anni, più raramente nei poppanti o bambini più adulti; termina ordinariamente in 2 3 settimane per risoluzione, eccezionalmente per suppurazione.

Filippovitch (Segno di): colorazione giallastra che prende la pianta dei piedi dei tifosi nel periodo di stato e che scompare nella convalescenza.

Flajani (Malattia di): nome sotto il quale noi italiani sogliamo spesso designare il gozzo esoftalmico.

Flechsig (Metodo di): cura bromuro-oppiacea dell'epilessia.

Fleiner (Metodo di): cura dell'ulcera rotonda dello stomaco mediante le alte dosi di sottonitrato di bismuto, sommininistrato con la sonda esofagea.

Flint (Segno di): soffio presistolico alla punta che si osserva talora nell'insufficienza aortica, anco senza associazione di stenosi mitralica.

Fochier (Metodo di): produzione di un ascesso asettico, detto di fissazione, con le iniezioni sottocutanee di essenza di trementina, in diverse infezioni generalizzate (pulmonite, febbre puerperale, ecc.).

Fothergill (Malattia di): nevralgia del trigemino (tic doloroso della faccia).

Fothergill (Mal di gola di): nella scarlatina.

Fricke (Metodo di): inviluppo in un lenzuolo inzuppato per combattere la febbre.

Friedreich (Malattia di): affezione familiare sviluppantesi nell'infanzia, e caratterizzata sovratutto dall'atassia senza disturbi della sensibilità (atassia ereditaria). Essa è dovuta ad una degenerazione congenita dei fasci posteriori, piramidali e cerebellari del midollo.

Friedreich (Fenomeno del): collasso generale diastolico delle vene del collo, che si svuotano rapidamente, si osserva nella sinfisi cardiaca.

Fürbringer (Segno di): caratterizza l' ascesso sotto-diaframmatico e consiste nella trasmissione dei movimenti respiratori ad un ago piantato nella cavità dell'ascesso. I movimenti non sono trasmessi se la collezione purulenta è toracica.

Gerhardt (Malattia di): nevrosi caratterizzata da una paralisi vaso-motrice delle estremità, che divengono rosse e son sede di dolori vivissimi (acromelalgia). Questa affezione pare identica all'eritromelalgia o malattia di W e i r m i t c h e l l.

Gerhardt (Fenomeno di): modificazione della tonalità del suono ottenuto alla percussione di una caverna che contiene del liquido, secondo le varie posizioni del malato.

Gerlier (Malattia di): nevrosi affettante la forma epidemica, osservata in Svizzera: è caratterizzata da accessi di vertigine, con sensazione di debolezza muscolare che può andare fino all'inpotenza e disturbi della visione (vertigine paralizzante o koubisagari).

Germain Sèe (Cura di): regime alimentare contro l'obesità, senza limitazione della quantità delle bevande.

Gilles de la Tourette (Malattia di): malattia dei tics convulsivi, con coprolalia, ecolalia e stimmate mentali degenerative

Glènard (Malattia di): rilasciamento della parete addominale che permette la ptosi della maggior parte di visceri (enteroptosi), accompagnantesi a disturbi dispeptici e sintomi neurastenici.

Gowers (Sintoma di): dilatazione della pupilla alla luce nel periodo pre-atassico della tabe, all'inizio della paralisi generale, in certe paralisi dell'oculo-motore comune.

Gräfe (Malattia di): oftalmoplegia progressiva che colpisce successivamente tutti i muscoli motori del globo oculare, che è così immobilizzato in posizione neutra.

Grancher (Malattia di): tipo di congestione pulmonare che simula la pulmonite (spleno-pulmonite).

Grancher (Triade di): diminuzione del mormorio vescicolare, con aumento delle vibrazioni e skodismo, caratterizzante la tubercolosi incipiente.

Grasset-Rauzier (Siringomielia del tipo): disturbi vaso-motori e secretori accentuatissimi.

Graux-Fèrel (Oftalmoplegia del tipo): paralisi associata del retto interno di un lato e del retto esterno del lato opposto.

Graves (Malattia di): nome sotto il quale gli inglesi designano abitualmente il gozzo esoftalmico.

Graves (Segno di): sensibilità anormale dei nervi dentari nei gottosi, che provoca il digrignamento dei denti.

Griesinger (Malattia di): clorosi dei tropici dovuta alla presenza dell'anchilostoma duodenale.

Gubler (Sindrome di): paralisi degli arti di un lato del corpo e della faccia del lato opposto: essa caratterizza le lesioni della parte inferiore della protuberanza.

Gubler (Tumore dorsale del corpo del): tumefazione indolente, avente sede tra i tendini estensori delle dita, nella paralisi saturnina.

Guye (Sintoma di): impossibilità di fissare la attenzione su un oggetto determinato (aprosessia); congiunta alla cefalea, caratterizza la fatica degli scolari; comparirebbe frequentemente nei bambini colpiti da lesioni del naso-faringe.

Hammond (Malattia di): atetosi essenziale.

Hanot (Malattia di): cirrosi ipertrofica biliare o cirrosi ipertrofica con ittero cronico.

Harley (Malattia di): emoglobinuria parossistica essenziale.

Harrison (Solco di): si osserva nei rachitici durante le inspirazioni profonde, tra il torace e la parte superiore dell'addome, a livello delle inserzioni del diaframma.

Harvey-Banting (Cura di): (V. B a n t i n g).

Haygarsh (**Nodosità di**): nodosità delle articolazioni nel reumatismo cronico.

Heberden (**Malattia di**): (V. Rougnon-Heberden).

Heberden (**Nodosità di**): piccoli noduli del volume di un pisello, che si riscontrano nel reumatismo cronico, sul lato delle articolazioni delle falangette.

Heim-Kreysig (**Segno di**): depressione sistolica degli spazii intercostali, caratterizzanti la sinfisi cardiaca.

Heim-Sanders (**Segno di**): ondulazione della parete toracica, oltrepassante i limiti dell' ottusità cardiaca, ed avente il suo massimo d'intensità nella regione epigastrica, caratteristica della sinfisi cardiaca.

Hildebrand (**Malattia di**): tifo esantematico.

Hirschfeld (**Malattia di**): Forma di diabete a decorso rapidissimo che abitualmente determina la morte in tre mesi per cachessia progressiva o per complicazioni (tubercolosi pulmonare).

Hodgkin (**Malattia di**): Affezione caratterizzata da un'anemia progressiva senza aumento notevole del numero dei leucociti, e da una tumefazione della maggior parte degli organi linfoidi del corpo (pseudo-leucemia linfatica).

Hodgson (**Malattia di**): Insufficienza aortica secondaria, senza lesione valvolare, consecutiva alla dilatazione ateromatosa dell'aorta.

Hoffmann (**Segno di**): Ipereccitabilità meccanica dei nervi della sensibilità generale o speciale nella tetania.

Hope (**Segno di**): Doppia impulsione cardiaca intercisa nell'aneurisma dell'aorta.

Howard (**Metodo di**): Processo di respirazione artificiale, consistente in una compressione della base del torace con le mani, seguita da rilasciamento brusco; questo doppio tempo dev' essere riprodotto circa 10 volte per minuto.

Huchard (**Malattia di**): Ipertensione arteriosa dovuta allo spasmo dei vaso-costrittori.

Hüter (**Cura di**): Iniezioni ipodermiche di acido fenico nell'erisipela.

Huntington (**Malattia di**): Malattia costituita da movimenti simili a quelli della corea comune, ma caratterizzata dalla sua comparsa nell'etá adulta e dal suo carattere familiare (corea ereditaria degli adulti), dai disturbi psichici abituali.

Hutchinson (**Denti di**): Deformazioni dentarie caratteristiche dell'eredo-sifilide: incavatura semilunare del margine inferiore degli incisivi superiori.

Hutchinson (**Facies di**): Aspetto dei soggetti colpiti di oftalmoplegia: occhi immobili, palpebre cadenti, fronte rugosa.

Hutchinson (**Triade di**): Insieme sintomatico che caratterizza la sifilide ereditaria, e che è costituito da alterazione dell'orecchio (sordità, catarro dell'orecchio medio); degli occhi (cheratite. irite, coroidite, ecc.) e dei denti.

Isambert (**Malattia di**): tubercolosi miliare.

Jaccoud (**Segno di**): *mouvement de roulis* della regione precordiale nella sinfisi cardiaca.

Jackson (**Epilessia di**): epilessia parziale, dovuta ad una eccitazione limitata della zona psicomotrice (tumore, placca di meningite, ecc.),

Jadelot (**Linee di**): solco che si osserva nella faccia di un bambino malato ad indicare una affezione grave; nelle malattie cerebro-spinali si ha la linea oculo-zigomatica, estendentesi dall'angolo interno dell'occhio alla gota; nelle malattie addominali, la linea nasale, che, partendo dall'ala del naso, gira attorno alla bocca; e la linea geniena, che va dalla regione malare alla linea nasale.

(*Continua*)

FORMULARIO

Avvelenamento per oppio

Rindfleisch consiglia la seguente soluzione:

Permanganato di potassa. . . gr. 0,05 0,30
Acqua . . . . » 100

Un cucchiajo da tè o da zuppa ogni quarto d'ora od ogni ora.

Nei casi di necessità si possono fare delle iniezioni sottocutanee purchè la soluzione sia di recente preparata.

Clisteri di chinina per i fanciulli

Acqua . . . . gr. 100
Solfato di chinino . . . . . . » 1
Acqua di Rabel . . . . . . q. b.
Laudano del Sydenham . . . gocce V

Un cucchiaio da dessert contiene 10 centigrammi di chinino. (Simon).

NOTIZIE E VARIETA'

La peste bubbonica

Ginevra, 1. — Il direttore di questo Istituto cantonale di batteriologia comunica ai giornali che, insieme al dottor Calmette, parte da Parigi per Oporto il dottore Staurelli-Salimbeni — giovane scienziato romano—che si trova da parecchi anni all'Istituto Pasteur. Egli fa parte della missione francese che si reca nel Portogallo per le esperienze del siero antipestifero.

Oporto, 3. — I medici italiani venuti per studiare la peste sono giunti ed hanno già incominciato i loro studi al laboratorio.

Parigi, 3.—Il dottor Gosio, di Roma, è arrivato ad Oporto a visitarvi l'ospedale degli appestati. Vi sono

pure arrivati i professori Kasses e Trosch di Berlino.

La situazione è migliorata. Nessun caso nuovo e nessun decesso.

Oporto. — Dall' 11 giugno al 19 agosto sono ammalate di peste 36 persone, di cui 11 morte. La camera di commercio di Oporto ha richiesto l' invio del prof. R. Koch o di uno dei suoi assistenti, per combattere l'epidemia.

Ma poiché il prof. Koch è impegnato in un altro viaggio per ulteriori studii sulla malaria ed è partito già da Napoli per Giava, non é possibile che egli vada ad Oporto.

Invece l' Ufficio d' Igiene imperiale si sta occupando della quistione se debba inviarsi ad Oporto una spedizione ufficiale per fare delle ricerche scientifiche e completare i risultati della spedizione tedesca nelle Indie.

Conservazione della carne

La carne si conserva benissimo per parecchio tempo lasciandola a bagno in una soluzione di acetato ammonico, parti 1; acqua parti 9; oppure in una debole soluzione di solfato di soda. Molti adoperano una soluzione al 10 per 100 d' acqua e con questa umettano la superficie della carne fresca. Quando essa sarà diventata secca sarà anche in grado di resistere alla decomposizione.

Il sale comune impiegato da lungo tempo come « agente conservatore » offre numerosi inconvenienti; dà alla carne un cattivo sapore e, togliendole gli elementi solubili, la rende dura, coriacea ed indigesta.

Un processo indicato anche industrialmente su vasta scala è quello di Appert che con qualche modificazione può essere adottato anche nelle famiglie non soltanto per la conservazione delle carni ma anche per quella dei legumi, della verdura, ecc. Il processo è relativamente semplice; si pongono le sostanze da conservarsi in recipienti ermeticamente chiusi e si sottopongono poi all'azione di un bagno-maria per un certo tempo. Il carbone, mercè le sue cellette che trattengono per una specie di forza molecolare i gas, le sostanze coloranti, le materie organiche, si presta a preservare le carni; e ben lo sanno gli albergatori, che con un po' di carbone ben lavato o di nero d'avorio unito in un sacchetto di tela, riescono a levare il lezzo di putrido, quando oltrepassa il *faisandè* della selvaggina, quella ideina di putrefazione che piace ai buongustai nelle pernici e nei tordi.

Nuovi processi di vinificazione con sterilizzazione dei mosti

Da lungo tempo è praticata la pastorizzazione o riscaldamento del vino, per prevenirne le malattie uccidendone gli agenti microbici; non è invece entrato nella pratica il riscaldamento del mosto, che pure è antico nell' industria della birra. Esso potrebbe raggiungere questi effetti; 1. mantenere dolce il mosto o il vino; 2. sterelizzare il mosto per farlo fermentare con i fermenti selezionati; 3. produrre vini conservabili Le difficoltà di questa pratica sono principalmente queste: 1. che il riscaldamento a 60° per $^1/_4$ di minuto è sufficiente a sterilizzare il mosto, essendo i fermenti alcoolici più resistenti al calore dei microbi patogeni; 2. che si teme nel mosto, così trattato, il sapore di cotto. A superare ambedue le difficoltà serve il processo brevettato Rosensthiel che consiste nel riscaldare il mosto in presenza di acido carbonico, a 50° C., per mezz'ora, ripetendo 2-3 volte, alla distanza di 12 ore, il riscaldamento. Così la sterilizzazione si consegue benissimo e nel mosto sterilizzato si possono seminare fermenti selezionati. Le esperienze del 1818, fatte in grande in Francia ed in Tunisia, hanno condotto a questo risultato, che i vini fatti con questo metodo si mostrarono alla degustazione, concordemente superiori a quelli di controllo.

Il Rosensthiel ha anche osservato, che col riscaldamento del mosto si ottiene al torchio una maggiore quantità di liquido, che il mosto ottenuto colla torchiatura risulta più colorato e di maggior corpo del vino-fiore. Pare anche dimostrato che il riscaldamento del mosto uccide completamente i germi patogeni. Ma vanno aggiunte due altre osservazioni: che il Roos ha riscontrato in vini fatti col processo Rosensthiel: il sapore terroso, e che il processo stesso è molto costoso.

Recenti studi di Kayser e Barba, confermanti studi più antichi del Sostegni farebbero sperare nei buoni effetti del riscaldamento del mosto anche all' aria senza presenza di anidride carbonica.

Riscaldando il mosto a 60° per 5 minuti non vi è il pericolo che sappia di cotto e d' altra parte, pur non raggiungendosi in questo modo la sterilizzazione assoluta del mosto, il procedimento sarebbe sufficiente affinché il fermento selezionato, aggiunto al mosto, possa svilupparsi da solo. A bagno-maria poi, si può riscaldare il mosto anche a 70°, senza ch' esso contragga il sapore di cotto. Forse questi procedimenti ben più economici di quello del Rosensthiel, potranno entrare nella pratica.

L'acqua pura limpida è dannosa?

Un medico di Germania ha fatto una curiosa scoperta. Ecco di che cosa si tratta: I medici affermano tutti, che nell'acqua c'è una grande quantità di microbi, i quali possono rappresentare se introdotti nello stomaco, una vera rovina per l'organismo.

E perciò consigliano di bere acqua sterilizzata, sia col mezzo del filtro, sia facendola bollire. Ora il medico teutonico assicura che l' acqua priva di microbi è velenosa. Tant'è che una delle acque più

velenose dell'Austria, quella di Gastein nel ducato di Salzbourg, è stata analizzata e ritrovata purissima, priva di ogni microbo. E appunto l'estrema purezza si asserisce che è quella che la rende dannosa.

GAZZETTINO

GERMANIA. *Mortalità.*—Nella 32ª settimana dell'anno, dal 6 al 12 agosto 1899, fra le città tedesche che superano i 40000 abitanti la maggiore mortalità si è avuta in Bochum con 45,5 casi di morte, la minima a Potsdam con 9,3 0/00. Più di 1/10 dei casi di morte in Solingen furono dovuti al morbillo.

GERMANIA. *Società d'assicurazione tra i medici.*—Il bollettino 1898-99 della Società d'assicurazione centrale per i medici della Germania ci dà notizia di un notevole incremento della società stessa. Il numero degli assicurati è salito a 496, vale a dire 33 in più dell'anno passato. Nello stesso tempo il capitale della società è aumentato da 436,753,80 M. a 492,948,61 M., l'introito degli interessi da 15,479,34 M. a 20,147,37 M., l'introito dei premi da 75,733,77 M. a 81,168,12 M., la cifra delle rendite pagate e delle somme dovute agli ammalati ed ai morti da 19,525,08 M. è salita a 25,114,33. Nondimeno le spese di amministrazione sono discese. da 7,779,08 M. a 6,152,14 M.

BERLINO. *Concorso per la costruzione di un bagno popolare.*—La società tedesca per i bagni popolari, ha indetto un concorso a premio al miglior progetto per la costruzione di un bagno popolare. Le domande per il concorso coi relativi progetti si invieranno alla sede della società Berlino, N. W. Karlstr, 19.

La commissione esaminatrice è composta dagli ingegneri Böckmann, Herzberg, Schmieden, Kayser, Hinckelden, dall'ammiraglio Hollmann e dai professori Lassar, Pistor e Rubner.

BERLINO. *Un medico in tribunale.*—Il 17 agosto doveva aver luogo il giudizio contro il medico ed igienista, Giovanni Jacobi, ed il suo complice Rodolfo Hessler, studente in medicina per truffa continuata. Però non si poté dare la sentenza, poiché non si poté stabilire se veramente egli credesse alla efficacia curativa della sua « bevanda reale » o se l'abbia posta in vendita per truffare i pazienti.

CARLSBAD. *Un raro giubileo.* — Il nestore dei medici di Carlsbad il dott. Gallus von Hochberger compì il 29 dell'agosto scorso il 60° anno di servizio allo stabilimento curativo di Carlsbad. Egli in ottobre compirà il suo 96° anno di vita e, cosa rara in sì tarda età, è di buona salute, agile e di mente lucidissima.

AMBURGO. *Studii delle malattie tropicali.* — Il governo ha istituito qui una scuola per lo studio delle malattie tropicali.

LUBECCA. *Nuovo ordinamento medico.* — A Lubecca il 10 luglio scorso è stato stabilito un nuovo ordinamento medico. Si son date diverse massime al collegio medico e all'ufficio medico.

Al primo si è dato l'incarico di sorvegliare e di badare al buon andamento della salute pubblica. L'ufficio medico invece si occuperà della polizia sanitaria.

GIESSEN. *Corso di perfezionamento pei medici.*—Nell'Università di Giessen, avrà luogo nella prossima primavera, in connessione col semestre invernale, il corso di perfezionamento per i medici.

CONCORSI E CONDOTTE

Milano. Istituto politerapeutico Corso Venezia 3?. È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud; Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un'annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della sanità presso il Ministero dell'interno, dottor Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Cineto Romano. (Roma). Concorso al posto di Medico-chirurgo condotto. Stipendio annuo L. 1800 compresi L. 100 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Cassine (Alessandria). (Abitanti 6500 circa). Concorso per la nomina di uno dei due Medici condotti pei poveri. Stipendio di L. 850 annue.

Il servizio dovrà assumersi col primo ottobre. Le domande non oltre il 15 settembre alla Segreteria Municipale.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Ricengo con Bottajano (Cremona). Sanitario lire 2200. Scadenza 15 settembre.

Camerino (Macerata). Condotta medico-chirurgica, L. 2600 annue. Scadenza 20 settembre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA PESTE
SINTOMI, DECORSO E DIAGNOSI

Sono stati distinti diversi tipi clinici di peste bubbonica. Foresto ne ammetteva due, la comitata e la incomitata. Chicoyneau ne ammetteva sei, Chenot sette. Gli antichi parlavano di una forma umorale e di una spirituale e poi di una peste esterna ed interna, benigna e maligna, semplice o complicata ecc. Hirsch ha descritto tre forme cliniche: forma grave o forma ordinaria, forma fulminante e forma larvata od abortiva. Di questa stessa distinzione si serve Lucatello. Netter distingue la peste bubbonica classica, la forma setticemica, la pneumonitica e la intestinale e poi la *pestis mitior* o *pestis ambulans*.

La peste assume d'ordinario l'aspetto di una malattia infettiva maligna caratterizzata da tumefazione dolente dei gangli linfatici, febbre violenta e grande prostrazione. Ha un periodo di incubazione che varia da 36 ore a 10 giorni e che d'ordinario è di 5 giorni. Durante questo periodo per lo più non v'ha alcun sintomo. La malattia erompe bruscamente con forte brivido seguito da febbre, accompagnato da vomito, cefalea, fotofobia, dolori epigastrici e spesso al dorso ed agli arti. La temperatura si eleva a 40° C e più; il mattino si verifica una lieve remissione. Spesso si ha un abbassamento di 2 gradi il 2° e 3° giorno, poi la temperatura risale, senza raggiungere il massimo dei primi giorni. Del resto poi la temperatura risente l'influenza delle diverse complicazioni.

L'ammalato è pallido, i suoi occhi sono iniettati, esiste insonnia e spesso delirio notturno, il polso è frequente e dapprima forte, poi molle, depressibile, dicroto. L'aspetto della lingua è caratteristico: a principio è un poco più grossa e mostra depressioni corrispondenti ai denti, coperta di una sottile patina bianca, la quale manca alla punta ed ai margini. Più tardi il dorso della lingua si fa secco, si ricopre di una patina gialla o bruna, i margini e la punta restano rossi. Generalmente esiste stitichezza.

In tre quarti dei casi gli ammalati hanno bubboni e nella metà questi interessano il gruppo dei gangli cervicali. Si manifestano per lo più fin dal primo giorno e danno luogo a dolori lancinanti. In alcuni ammalati appariscono al 2°–3° giorno. Il loro volume varia da una nocella ad una noce. Quando i bubboni occupano l'inguine, l'ammalato flette la coscia sull'addome per evitare la tensione delle parti, quando occupano l'ascella, egli resta sul dorso, allontanando il braccio dal tronco e tenendolo immobile. Più raramente il bubbone occupa l'angolo della mascella od i gangli superficiali del collo.

La sede del bubbone iniziale ha importanza per la prognosi. La gravezza è minore quando il bubbone è inguinale, maggiore quando i bubboni sono cervicali. La ragione si comprende: i gangli linfatici hanno una facoltà protettiva, ed il pericolo sarà tanto minore, quanto più numerosi saranno gli ostacoli.

In generale il bubbone iniziale occupa una sola regione; eccezionalmente parecchi gruppi gangliari possono essere invasi contemporaneamente. In un periodo più avanzato però altri gruppi gangliari sono invasi, seguendo il tragitto dei linfatici. Ogni nuovo bubbone è accompagnato da un'esacerbazione febbrile.

Quando la malattia termina rapidamente con la morte, i gangli restano duri e molto dolenti: quando essa si prolunga, ha luogo nei gangli ed attorno ad essi un'essudazione che produce un gonfiore di colorito brunastro, accompagnato talvolta da edema dell'arto corrispondente. In alcuni casi seguiti da guarigione la tumefazione si risolve, ma per lo più ha luogo suppurazione al 7°–8° giorno. Aprendo il bubbone, vien fuori un pus giallastro, sanioso. Spesso la pelle si sfacela e rimane un' ulcera indolente, a margini rilevati, a fondo grigiastro, attraverso la quale si vedono uno o più gangli necrosati.

Il sistema nervoso è colpito fin dal principio dalla infezione. L'ammalato si lagna di una debolezza estrema. L'intelligenza per lo più resta integra; ma qualche volta l'infermo ha un aspetto indifferente e stupido. La memoria è indebolita. La parola è lenta; più tardi si può avere afonia. Le mani e le braccia sono agitate da movimenti incoordinati (carpologia). Molti malati hanno un delirio che ricorda quello alcoolico, con allucinazioni. In alcuni ammalati si ha subito il coma, ed allora la morte ha luogo dopo 24-48 ore.

I disordini dell'apparecchio digerente consistono in vomiti nel periodo iniziale, che talvolta persistono; spesso v'ha diarrea.

Si può manifestare dolore all'epigastrio, meteorismo, ed aversi il quadro della febbre tifoide, tanto più che la milza è voluminosa ed esistono sulla cute macchie rosse lenticolari.

Dal lato dell'apparecchio circolatorio si osserva che le carotidi e la punta del cuore bat-

tono con forza, qualche volta si palpa un fremito alla regione precordiale. I toni del cuore poi si fanno deboli; non si ascoltano mai rumori.

L'urina è poco abbondante, densa, molto acida, di colorito giallo-bruno; in tre quarti dei casi contiene albumina.

La morte negli indigeni ha luogo nel 70 0[0 dei casi, negli europei nel 32,35 0[0, nei meticci europei 42,62 0[0. La morte si verifica per lo più in collasso. Nei casi che guariscono la temperatura si abbassa abitualmente per lisi dal 5° al 7° giorno. Si può osservare anche la terminazione per crisi con sudore profuso e polso estremamente debole.

Durante la convalescenza può osservarsi afasia, paralisi facciale, paraplegia, emiplegia.

Accanto alla forma classica di peste, ora descritta, la quale è comune a Bombay e si osserva circa nei $^9/_{10}$ dei casi, esistono due altre forme: la seticcemica e la pneumonitica. In queste due forme manca l'ingorgo ghiandolare ed il microbo della peste si trova nel sangue (forma setticemica) e nei polmoni (forma pneumonitica).

La forma setticemica ha un inizio violento: la febbre è molto elevata (41-42° C), i fenomeni nervosi sono molto spiccati, l'abbattimento è estremo in principio, al coma si sostituisce rapidamente il delirio. La morte ha luogo in 24 ore, tutt'al più tra 2-3 giorni. La diarrea, il meteorismo sono fenomeni ordinari, spesso havvi ritensione d'urina, epistassi, emorragie sotto-congiuntivali, enteroraggia, ematuria.

La forma pneumonitica fu stabilita da Childe, dopo di aver osservato un indiano che presentava i segni di bronco-pulmonite ed espettorava sputi sanguinolenti. All'autopsia si trovarono piccoli focolai di bronco-polmonite, che contenevano una grande quantità di bacilli della peste, i quali esistevano pure nella milza, come dimostrarono le culture. In seguito molti altri casi simili furono osservati fra cui quello del Dr. Müller di Vienna e dell'inserviente del Laboratorio, Barisch. Evidentemente la forma pneumonica è dovuta alla penetrazione dei bacilli per le vie aeree. La durata della pulmonite da peste è variabile: d'ordinario è di 3-5 giorni, ma può prolungarsi a 9 giorni e più. Questa forma di peste è molto grave. Il resoconto della epidemia del 1897-98 fa menzione di 268 casi con una mortalità di 239, ossia dell'89,2 0[0.

Hojel ammette pure una forma di peste addominale, di cui riferisce 5 casi. Si tratta di individui presi subitaneamente da brividi, febbre, dolori al ventre, vomito, meteorismo, diarrea. Nello stesso tempo si osservano i fenomeni generali della peste, e dopo alcuni giorni un certo grado di ingorgo ghiandolare. L'esistenza di questa forma, che suppone la penetrazione del germe per il tubo digestivo, è ammessa da pochissimi autori: però non può negarsi addirittura, dopochè Wilm ha rinvenuto parecchie volte il bacillo della peste nel tubo digerente e dopo i casi di Galeotti e Polverini e l'autopsia di Bombay in cui si trovò tumefazione di un ganglio mesenterico.

La diagnosi della peste bubbonica classica è facile: richiamano l'attenzione l'inizio brusco con vomito, cefalea, insonnia, iniezione degli occhi, modificazione della voce, grande prostrazione, aspetto particolare della lingua, frequenza e debolezza del polso, tumefazione dolente dei gangli linfatici.

Più difficile a diagnosticare è la forma setticemica, potendo essere confusa con una febbre remittente, col tifo, con l'alcoolismo acuto, con la febbre ricorrente. Nella febbre intermittente lo stato algido è più lungo, la faccia è pallida; nello stato febbrile il polso è meno frequente, la prostrazione minore, la forza e l'intelligenza conservate. La febbre ricorrente ha inizio brusco con vomito, come la peste, ma la prostrazione è minore e l'esame del sangue dimostra gli spirilli. La febbre tifoide non ha inizio così brusco come la peste. La forma pneumonitica ha grande analogia con la pulmonite crupale e la bronco-pulmonite. Il Müller nei primi tre giorni non riconobbe la natura della malattia che aveva colpito il suo inserviente, e credeva trattarsi di pulmonite da influenza. L'esame batteriologico dello sputo è molto facile e permette di fare subito la diagnosi. Anche nelle altre forme di peste l'esame batteriologico ci può mettere in grado di fare la diagnosi sicura. Nella forma bubbonica classica può farsi l'esame del siero proveniente dalla zona che attornia i gangli linfatici, ottenuto mercè una siringa di Pravaz. Devesi però tenere presente che quando il bubbone è molto progredito i bacilli della peste diventano meno virulenti, meno numerosi ed in ultimo spariscono. Quando il bubbone è suppurato non si trovano più i bacilli della peste che sono sostituiti da quelli della suppurazione.

La ricerca del bacillo della peste nel sangue dà sempre, secondo Kitasato, risultati positivi; così pure secondo Wilm. Ma altri autori non hanno verificato questa costanza, e Yersin afferma che il bacillo si trova nel sangue nei casi mortali ed in un periodo di tempo vicino alla morte. La ricerca del bacillo nel sangue nei casi di forme setticemiche ha la massima importanza per la diagnosi. In media in queste forme esso si trova nel terzo dei casi. Si è cercato pure di trarre criteri per la diagnosi dall'agglutinazione. Wyssokowicz e Zabolotny furono i primi a constatare il potere agglutinante del siero degli animali immunizzati contro la peste ed a mostrare che questa reazione può aversi anche nell'uomo. Queste ricerche furono poi ripetute dalla missione tedesca, la quale conchiuse che la sierodiagnosi nella peste non ha un valore assoluto, in quanto che l'assenza dell'agglutinazione non prova che l'ammalato non abbia la peste; però la reazione positiva ha un valore

reale, perchè i medici tedeschi non hanno mai osservato l'agglutinazione col sangue di individui che non hanno avuto la peste. Leumann ha ottenuto risultato positivo in 39 casi su 40. Egli ha avuto la reazione al 5° giorno di malattia, e più spiccata quanto più grave è l'infezione.

Infine in molte epidemie si sono osservati casi di peste mite od ambulante, per lo più verso il declinare delle epidemie stesse. Sono facili a riconoscersi quando coincidono con una epidemia già sviluppatasi; non così quando si manifestano al principio di un'epidemia o quando non si osservano altro che casi leggeri. Secondo la descrizione di Toppner, i malati sono colpiti da febbre e dopo 7-8 giorni da ingorghi ghiandolari agli inguini ed alle ascelle. Toppner trovava i malati in piedi, con buono appetito, buon sonno e senza alcuna anomalia nelle altre funzioni. Gli ascessi aperti mostrano un pus di buona indole, e tutti gli ammalati guariscono. Simpson e Cobb in 6 malati di peste ambulatoria trovarono nel sangue un diplobacillo che essi credettero identico a quello della peste.

BIBLIOGRAFIA

Netter. *Semaine médicale*, 1898. — Fabre. *Zeitschr. f. Hyg. und Infectionsk*, 1899.—Koch. *Deut. med. Woch.*, 1898.—Childe. *Indian med. Gazz.*, giugno 1897.—Simpson e Cobb. *ibid.*, 1896.—Lucatello. *Gazz. degli ospedali*, n. 106, 1899.—Netter. *La Presse méd.*, n. 69, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II sezione chirurgica — Uomini

URETROPLASTICA E CHIUSURA DELL'ORIFIZIO VAGINALE IN UN CASO D'IPOSPADIA PERINEALE CON CRIPTORCHIDIA E VAGINA RUDIMENTALE BIFIDA.

Dottor Giuseppe Castellana
Chirurgo primario

Storia clinica. — Caponetto Carmelo di Antonio e di Barcellona Caterina, nato a Castelvetrano da genitori palermitani, è entrato allo ospedale civico di Palermo il 26 agosto 1898.

Nel gentilizio ascendente e collaterale nulla notasi di rimarchevole. La madre racconta che essendo gravida di Carmelo al 5° mese ebbe un'imponente emorragia, che le durò per sette giorni. A causa della durata e della copia dell'emorragia ritenne di avere abortito, non ostante che non le fosse riuscito di notare dei prodotti abortivi insieme al sangue perduto. Con sua sorpresa la gravidanza continuò il suo corso regolare, e fu seguita da un parto normale e a termine, cui tennero dietro un puerperio ed un periodo di allattamento regolari. Appena nato il Carmelo fu ritenuto per femina e allo stato civile prese il nome di Carmela, ma all'età di due anni incominciò a rendersi evidente al posto del clitoride un organo simile ad un pene piccolo, privo però di canale uretrale. Fu allora interrogato un chirurgo rinomato che ritenne inopportuno qualunque intervento chirurgico. Coll'età questo pene si è accresciuto sino a raggiungere le attuali dimensioni.

Sino all' età di dodici Carmelo anni aveva voce infantile, che ora si è modificata assumendo un timbro più robusto e mascolino.

Da bambino sino ad oggi ha avuto sempre contegno gaio, mimica emotiva, molto vivace ed espressiva e facile tendenza al pianto. In sala ho potuto notare che in seguito alla più leggiera impressione dolorifica piangeva, gridava e cadeva in facili convulsioni, che avevano i caratteri degli attacchi isterici. Ha avuto inoltre percezione, ideazione ed associazione delle idee pronte già dall'infanzia; ma ha però presto rivelato istinti, abitudini ed attitudini da maschio. Laonde ha preferito da bambino i giuochi ed i divertimenti maschili, e appena grandicello è andato a giuocare colle carte coi maschi colla rivoltella al fianco; ed ha giuocato altresì con questi alle palle ed al bigliardo. Rifiutandosi inoltre ad eseguire i lavori ed i servizi donneschi, si è prestato invece volentieri ad aiutare e talvolta sostituire il padre nell'ufficio di cocchiere.

Carmelo ha goduto sempre buona salute. All'età di tre anni gli si bruciarono le vesti addosso, riportando un'estesa ustione al dorso ed estendentesi verso le spalle, che ha dato luogo ad una larga cicatrice, coll'età della pubertà si è sviluppato in lui l'istinto genetico da maschio che l'ha portato a ricercare l'amplesso muliebre. Conseguentemente a soli 15 anni, in seguito a contagio diretto coitando con donna, venne affetto da blenorragia uretrale. Il secreto blenorragico veniva fuori dallo orifizio uretrale, sia spontaneamente, sia in seguito agli sforzi della minzione. Di questa malattia guarì dopo dodici mesi: sei mesi addietro fu contaggiato nuovamente di blenorragia che ebbe la stessa sede della prima, e della quale guarì dopo cinque mesi.

La funzione urinaria si compie per l'orifizio uretrale, stando accoccolato, cioè nella posizione della donna, volendo orinare all'impiedi è costretto a tenere sollevato quell'organo che

ha i caratteri di piccolo pene; allora il getto dell'urina non va perpendicolarmente in basso, ma viene con violenza lanciato in direzione orizzontale. Non ha mai avuto perdita involontaria di urina, ed è capace di contenerne in vescica una grande quantità, senza che ne perda una sola goccia con involontaria minzione.

Per quanto riguarda la funzione degli organi genitali l'organo sviluppato al posto del clitoride è suscettibile di farsi coll' erezione tanto duro e resistente quanto un pene normale, acquistando al tempo stesso maggiori dimensioni che allo stato ordinario. Nell' erezione però assume la forma di una C colla concavità rivolta in basso. Durante il coito percepisce il senso venereo, che arriva sino allo spasmo che accompagna l' eiaculazione. Venuto fuori dall'orifizio uretrale il getto spermatico l'eccitamento sessuale si smorza.

Malgrado l' esistenza di una vagina rudimentale, il cui orifizio si apre al di sotto di quello dell'uretra non è mai venuto fuori sangue menstruale, nè l'individuo ha mai periodicamente avvertito senso di congestione degli organi genitali muliebri. Dalla vagina non è mai venuta fuori secrezione mucosa, nè tampoco purulenta. Da donna non può funzionare; infatti, a parte la straordinaria strettezza della vagina e la sua bifidità, qualsiasi eccitamento portato all'orifizio che sta immediatamente al di sotto di quello dell'uretra e nel canale vaginale che fa seguito a quest'orifizio. non gli dà luogo ad alcuna sensazione piacevole; anzi gli arreca molestie gravi e dolori insopportabili.

Esame obbiettivo.—Carmelo è alto metro uno e centimetri cinquantacinque. È di costituzione regolare e di discreta nutrizione generale, si nota ancora uno sviluppo scheletrico assai buono con muscoli bene sviluppati, nutriti e che dispongono di un' ottima tonicità. Il pannicolo adiposo sottocutaneo è assai sviluppato e la pelle è di colorito roseo. Sviluppatissimo è altresì il sistema ganglionare linfatico, specialmente agli inguini ed alle ascelle.

Testa. Il cuoio capelluto è ancora ricoperto da una folta e lunga chioma di color castagno oscuro. I diametri della testa sono i seguenti: massimo diametro antero-posteriore cm. 18, massimo diametro trasverso cm. 14. La fronte è poco ampia, lo è molto invece la rima palpebrale, il bulbo oculare molto espressivo è animato da vivaci movimenti. Il naso è affilato e piuttosto piccolo, bocca piccola, labbro superiore ricoperto di una fina lanugine, l'inferiore un poco sporgente, il solco mentoniero è molto appariscente. Dentatura sana: sono solo tra di loro allontanati gl'incisivi. non sono ancora comparsi gli ultimi molari. Le orecchie piuttosto piccole presentano il lobulo perforato. Gli organi dei sensi specifici sono normali.

Collo.—E' rotondeggiante con ventri muscolari poco appariscenti, poco evidente anche l'angolo formato dalla cartilagine tiroide.

Torace.—La forma del torace ha carattere spiccatamente maschile; i capezzoli sono pianeggianti e molto piccole le areole circondate da corti peli. Il tipo della respirazione è misto. normale la resistenza del torace e il fremito vocale tattile, i limiti ed il suono di percussione di ambo i polmoni; il respiro è vescicolare. Posteriormente ed in alto si nota una estesa cicatrice da ustione simmetricamente disposta; di color bianco perlacco, non aderente ai tessuti sottostanti occupa quasi tutte le spalle, ed ha il massimo diametro trasversale di cm. venti, ed il verticale di centimetri dodici.

La circonferenza delle spalle in corrispondenza dell'acromion è di cm. ottantanove. La circonferenza del torace a livello delle papille mammarie è di cm. 73.

Cuore. Non si vede. nè si palpa il sito dove batte la punta del cuore; l' aia cardiaca è normale per limiti e topografia. i toni sono netti in tutti i focolai; lo spazio semilunare del Traube è normale.

Addome.—L'addome è di forma esagonale: la linea xifo-ombelicale a concavità anteriore misura cm. 18, l'ombelico-pubica pianeggiante ne misura 16. Nulla di anormale si riscontra coll'esame metodico dei singoli organi contenuti nella cavità addominale.

Estremità.—Negli arti superiori e negli arti inferiori il pannicolo adiposo è molto abbondante ed i muscoli sono perciò poco appariscenti, talchè presentano questi arti l'aspetto rotondeggiante muliebre, che è reso più spiccato dallo scarso sviluppo dei peli.

Alla regione inguino-crurale sinistra si nota una larga macchia pigmentaria di colore grigio chiaro che porta dalla nascita.

Organi genito-urinari esterni. Ispezione. — Il pube molto prominente è ricoperto da un ciuffetto di peli neri disposti a semiluna e che

non invadono la linea alba e le regioni inguino-crurali. Dalla parte media della sinfisi pubica si partono due rilevatezze a guisa di grandi

Fig. I.

labbra che si estendono in basso e posteriormente sino ad incontrarsi a 2 $^1/_2$ cm. dall'orifizio anale, riunendosi in modo da costituire come una specie di forchetta.

Esse sono ricoperte da peli che, accompagnandole dal pube, vanno ad unirsi ai peli della regione perineale.

Dal mezzo della parte inferiore della sinfisi pubica, al disotto dell'angolo formato dall'incontrarsi delle sopra accennate pieghe, si parte un organo che ha tutti i caratteri di un pene. È costituito cioè di un' asta che allo stato di riposo ha la lunghezza di mm. 48 con una circonferenza di cm. 8. Quest'asta ha i seguenti caratteri. I primi trentatre millimetri della sua lunghezza, a partire dalla base, costituiscono i due corpi cavernosi, che sono ricoperti da pelle di colore oscuro, molto elastica, la quale in avanti e superiormente viene a costituire un vero prepuzio, che non è così lungo da coprire il ghiande, ma che stirato arriva a coprirlo. Il ghiande misura cm. quindici di lunghezza, ed è sprovvisto di meato: però dal sito in cui questo meato dovrebbe trovarsi s'inizia un solco limitato da due lievi sporgenze; il quale arriva sino all'orifizio uretrale e mi-

Fig. II.

sura cm. 8. L'aspetto di questo solco pel suo colorito roseo e per la sua apparenza liscia e levigata si avvicina molto alla mucosa che riveste il ghiande e differisce notevolmente dalla pelle circostante del pene. La presenza del solco alla parte inferiore del pene lo distingue dal clitoride, che potrebbe essere anormalmente sviluppato, ma nel quale non esiste punto traccia di solco. Tra la base del pene e le pieghe sopra descritte, con i caratteri di grandi labbra, si notano due insenature profonde, dove si raccoglie dello smegma. Alla distanza di cm. tre, a partire dall'apice del ghiande, dai lati del solco mediano si dipartono simmetricamente due pieghe cutanee che portandosi in avanti ed in alto vanno a perdersi nella pelle

del prepuzio. Più indietro ancora le grandi labbra e la forchetta da essi formata limitano uno spazio triangolare che ha l' apparenza di una vulva, dalla quale differisce per la mancanza delle piccole labbra.

Fig. III.

In essa si nota l' orifizio uretrale distante 8 cm. dall'apice del ghiande; ai lati di questo orifizio si notano due altri fori piccolissimi. Al di dietro dell'orifizio uretrale si incontrano delle piccole frange, che danno l' idea di un imene deflorato, al di dietro del quale esiste un altro orifizio capace di contenere forzatamente il dito mignolo. Intorno all' orifizio anale si osservano due grossi condilomi acuminati. *(continua)*

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPIZIO DI BRÈVANNES Dott. Touche.

Le crisi laringo-tabetiche nei loro rapporti con le altre crisi viscerali della tabe.—L'associazione delle diverse crisi viscerali nei tabetici è menzionata da lungo tempo. Charcot per esempio menziona l'associazione della crisi gastrica e della crisi laringea. Touche ha cercato se quest'associazione fosse frequente e se la crisi laringea può coesistere con altre crisi viscerali oltre che con la crisi gastrica. Le sue ricerche si sono estese su 40 tabetici.

In 12 di questi ammalati trovò sintomi laringei; in 11 questi sintomi s'associavano ad altre crisi viscerali.

Nel 1° caso s'aveva un senso di costrizione coincidente colla pienezza dello stomaco; non c'erano altri disturbi gastrici, non crisi rettali.

L' infermo morì per fenomeni di spasmo della glottide.

Il 2° ammalato aveva di quando in quando nausee accompagnate da una sensazione di vacuità gastrica, le quali non finivano mai col vomito, e tornavano ogni 10'. Contemporaneamente alle nausee, apparvero dei colpi di tosse secca determinata da un senso di titillamento al laringe. A parecchie riprese, sopravvenne una sensazione di costrizione laringea con impossibilità di respirare.

Il 3° infermo presentava di quando in quando anoressia, senso di pienezza gastriga, di nausea, con qualche vomito acquoso. Raramente presentava colpi di tosse analoga alla tosse convulsiva. Più spesso s'avevano crisi di soffocazione notturna durante le quali l' infermo provava la sensazione di costrizione laringea.

Il 4° ammalato provava la sensazione d'un ostacolo laringeo durante il quale la respirazione diventava soffiante. L'accesso di soffocazione durava 2-3', esso terminava con colpi di tosse con espettorazione mucosa. Oltre agli accidenti laringei, si osservavano nausee e crisi di vomito, altenativamente con queste crisi gastriche e laringee sopravvenivano crisi di diarrea.

Il 5° caso aveva presentato delle crisi di tosse accompagnate da soffocazione: in seguito s'ebbero crisi gastriche e colla comparsa di queste scomparvero le crisi laringee.

Nel 6° infermo s'avevano crisi laringee e gastriche molto attenuate.

Nel 7° sensazione di costrizione laringea, soffocazione e crisi di diarrea accompagnate da coliche, che coincidevano con dolori a cintura.

L'8° infermo presentava dolori a cintura che coincidevano con una sensazione di torsione allo stomaco; quando il dolore era troppo vivo, s' aveva il vomito. Esistevano inoltre vivi dolori addominali, sensazione di stiramento e di torsione degl'intestini. Colle crisi gastriche ed intestinali coesistevano delle crisi rettali, che talora s'accompagnavano a diarrea, Da un' anno l' ammalato aveva cominciato a provare crisi di soffocazione che s' iniziavano con un grado acuto e con un senso di costrizione laringea; in queste crisi, l'ammalato, violaceo, aveva la sensazione di morte imminente.

Il 9° ammalato presentava tosse determinata da

un senso di pizzicore laringeo, sensazione di torsione allo stomaco senza vomito od altro segno gastrico.

Il 10°, senso di pizzicore laringeo, colpi di tosse seguiti da vomito, crisi di nausea. altre volte vomito in forma di rigurgito.

L' 11° infermo aveva presentato all'inizio dei fenomeni atassici senso di titillamento al laringe, impressione d'asfissia imminente; spesso emetteva un grido acuto involontario. Contemporaneamente a queste crisi laringee, s' ebbero crisi di diarrea indolore. Cinque anni dopo s'ebbero crisi gastriche intense.

Il 12° ammalato dall' età di 26 anni aveva presentato crampi di stomaco, e per 20 anni non presentò altri sintomi. Poscia sopravvennero dolori folgoranti ed una artropatia del ginocchio. Dalla comparsa dell' atassia, l' ammalato provava talvolta senso di costrizione laringea.

Da queste osservazioni risulta che su 40 tabetici, 12 presentarono crisi laringee, che su questi 12 infermi uno solo non aveva probabilmente crisi viscerali, che degli altri 11, 10 avevano crisi gastriche e che l'11° era stato affetto da crisi di diarrea esistente allo stato isolato, che nei 10 primi ammalati, 2 erano affetti da crisi gastriche e diarrea ad un tempo, 2 da crisi gastriche e rettali, 1 da crisi gastriche, crisi di diarrea e rettali.

Da quanto precede risulta la frequenza grandissima delle crisi laringee, che la crisi laringea allo stato isolato è eccezionale, ch' essa è d' intensità varia e che la crisi viscerale che s'associa più frequentemente alla crisi laringea è la crisi gastrica, la quale presenta tutte le forme, dallo stato di nausea, al dolore crampoide, al rigurgito senza sforzo, fino ai vomiti incoercibili accompagnati da fenomeni d'algidità, fino all'ematemesi, che infine le crisi laringee solo in via eccezionale sono accompagnate da crisi di diarrea allo stato isolato, abbastanza spesso da crisi gastriche associate a crisi rettali e diarrea.

NOMENCLATURA MEDICA

I NOMI PROPRI IN MEDICINA INTERNA

Jaffè (Segno di); scolo di pus da una cannula infissa in un ascesso sotto - diaframmatico; è più forte durante l'inspirazione che durante l' espirazione; se la raccolta è toracica avviene l'inverso. La paralisi del diaframma impedisce che questo segno si manifesti.

Jaksch (Malattia di): pseudoleucemia dei neonati.

Jolly (Reazione elettrica di): quando la contrattilità del muscolo è esaurita dalla corrente faradica, può ancora esser messa in gioco sotto l'influenza della volontà; ed, inversamente, allorquando i movimenti volontari sono impossibili, il muscolo può ancora contrarsi con la faradizzazione. Questo fenomeno si osserva in certe amiotrofie.

Kahlbaum (Malattia di): affezione mentale ciclica, rappresentante degli stadi successivi di melanconia, mania, stupore, demenza; stato catalettiforme dei muscoli (catatonia).

Kahler (Malattia di): clinicamente: dolori, tumefazioni ossee, fratture multiple, albumosuria; anatomicamente: tumori a mieloplassi ed alterazioni ossee ricordanti l'osteomalacia.

Kernig (Segno di): impossibilità di ottenere l'estensione completa delle ginocchia nella posizione assisa negli individui con meningite.

Klumpke (Paralisi di): interessa il IX paio cervicale ed il I dorsale; così i muscoli tenari ed ipotenari, raramente qualche fascio dei flessori, sono presi (tipo inferiore della paralisi del plesso brachiale); vi si associano dei disturbi oculo - pupillari, quando il simpatico partecipa alla lesione.

Koch (Cura di): uso della tubercolina contro la tubercolosi.

Koplik (Segno di): segno precoce del morbillo, consistente nella comparsa sulla mucosa delle gote, di piccole macchie bianco - bluastre leggermente elevate, di mm. 2-6 di diametro, circondate da un'areola infiammatoria.

Kopp (Asma di): spasmo iodiopatico della glottide.

Korsakov (Malattia di): disturbi psichici e polinevrite (psicosi polinevritrica), che si osservano in seguito ad infezioni od intossicazioni gravi.

Kreysig (Segno di): (v, H e i m - K r e y s i g).

Krishaber (Cerebro-cardiopatia di): neurastenia.

Krull (Cura di): inalazioni di aria calda ed umida ad una temperatura costante nella tubercolosi pulmonare.

Kussmaul (Afasia paranoica di): mutismo volontario simulante l' afasia in certi alienati e particolarmente nei paranoici ad idee mistiche.

Kussmaul (Respiro di): dispnea costituita da una inspirazione profonda, seguita da una breve espirazione, nel coma diabetico.

Kussmaul (Segno di): polso filiforme durante l'inspirazione (polso paradossale): caratterizza la mediastino-pericardite callosa.

Kussmaul (Sindrome di): coma diabetico.

Laborde (Metodo di): trazioni ritmiche della lingua aventi per scopo di svegliare il riflesso respiratorio; esse trovano la loro applicazione negli stati asfittici.

Laënnec (Catarro soffocante di): bronchite capillare.

Laënnec (Cirrosi di): cirrosi atrofica alcoolica.

Lancereaux (Cura di): iniezioni sotto-cutanee di siero gelatinato negli aneurismi aortici.

Lancisi (Segno di): percezione alla palpazione

dei battiti del cuore, assai deboli, sotto forma di tremore (tremore cardiaco) nelle miocarditi gravi.

Landouzy (Ischialgia di): nevralgia dello sciatico con atrofia dei muscoli di tutto o di parte dell'arto inferiore colpito (sciatico-nevrite).

Landouzy (Porpora di) : porpora con sintomi generali gravi, sino allo stato tifico (tifo angioematico).

Landouzy-Déjerine (Amiotrofia del tipo) : miopatia atrofica progressiva dell' infanzia a tipo facio-scapolo omerale.

Landrè-Beauvais (Malattia di): reumatismo articolare cronico (poliartrite deformante).

Landry (Malattia di) : affezione febbrile, probabilmente infettiva che si manifesta con dolori generalizzati e fenomeni di paralisi, iniziantesi dagli arti inferiori per invadere tosto le braccia ed il tronco (paralisi ascendente acuta). La morte, terminazione abituale, capita d'ordinario per accidenti bulbari.

Lasègue (Malattia di) : delirio sistematizzato di persecuzione.

Lasègue (Segno di) : dolore provocato dalla flessione della coscia sul bacino, la gamba essendo in estensione, negli ischialgici.

Leber (Malattia di) : atrofia ottica ereditaria.

Legal (Malattia di) : cefalea dovuta ad un'affezione faringo-timpanica.

Leyden-Moebius (Amiotrofia del tipo): forma miopatica atrofica progressiva, ereditaria e familiare, iniziantesi nelle gambe, poi raggiungente le cosce, la cintura pelvica ed infine gli arti superiori che son presi dalla radice all'estremità.

Liebreich (Cura di) : iniezioni sotto-cutanee di sali di cantaridina nella tubercolosi.

Ling (Metodo di) : kinesiterapia.

Little (Malattia di): affezione congenita o della prima infanzia, dovuta al difetto di sviluppo dei fasci piramidali od alla loro degenerazione dopo la nascita, e caratterizzata da fenomeni di rigidità spasmodica, sia generalizzata, che localizzata (il più spesso sotto forma paraplegica, più raramente emiplegica).

Lobstein (Malattia di) : fragilità idiopatica delle ossa, senza alterazioni anatomiche.

Mannkopf (Segno di): acceleramento del polso sotto l'influenza della pressione su di un punto doloroso, nelle nevralgie traumatiche.

March (Malattia di) : gozzo esoftalmico.

Marie (Malattia di): affezione caratterizzata da un'ipertrofia delle mani e dei piedi (acromegalia), da sporgenze ossee della faccia, dalla grossezza delle labbra e della lingua, da una cifosi cervico-dorsale, da disturbi oculari, ecc.

Marshall Hall (Metodo di) : respirazione artificiale, fatta destando il riflesso respiratorio girando alternativamente sul dorso e sul ventre il malato primitivamente posto di fianco.

Marshall Hall (Sindrome di) : complesso sintomatico ricordante l'idrocefalia (malattia idrencefaloide) dovuto all' anemia cerebrale nei bambini.

Mathieu-Weil (Malattia di) : (v. W e i l).

Maury (Allucinazioni di) : sopravvengono nello stato intermediario tra il sonno e la veglia, o negli stati di semicoscienza analoga (isterismo, confusione mentale, ecc.).

Mac Burney (Punto di) : sede del dolore massimo nell'appendicite nel mezzo di una linea che congiunge la spina iliaca antero-superiore all'ombelico.

Meltzer (Segno di): normalmente, all'ascoltazione del cardias (accanto all'appendice xifoide) si percepisce, dopo la deglutizione, un primo rumore prodotto dallo scolo delle fini goccette e 6-7 minuti dopo un rumore di glou-glou. Ora questo secondo rumore mancherebbe nei casi di occlusione o di stenosi pronunciata della parte inferiore dell'esofago.

Ménière (Malattia di): forti crisi vertiginose, precedute da ronzii (vertigine labirintica o *ab aure lesa*) ed il più spesso seguite da vomiti.

Meynet (Nodosità di) : in vicinanza delle articolazioni colpite da reumatismo acuto, sotto la pelle

Millar (Asma di) : laringite stridula.

Millard-Gubler (Sindrome di): (v. G u b l e r).

Mitchell Playfair (Cura di): (v. W e i r - M i t c h e l l).

Moebius (Sintoma di): insufficienza della convergenza nel gozzo esoftalmico.

Moeller (Malattia di) : malattia di B a r l o w.

Monneret (Polso di): polso molle, pieno e lento degli itterici.

Moore (Cura di) : metodo di cura degli aneurismi con l'introduzione di un fil di ferro.

Morton (Malattia di) : nevralgia metatarsica anteriore, di cui la sede di predilezione è la IV articolazione metatarso-falangea.

Morton (Tosse di): tosse seguita da vomiti alimentari; frequente nei tisici.

Morvan (Corea fibrillare di): scosse mioclonìche dapprima nei muscoli del polpaccio, ma che possono estendersi a tutti i muscoli del corpo (paramioclono molteplice del F r i e d r e i c h).

Morvan (Malattia di): affezione caratterizzata dalla comparsa di una serie di patereci assolutamente indolenti, vi si associano spesso altri disturbi trofici, e disordini diversi della sensibilità. Si tratta probabilmente di una semplice varietà di siringomielia.

Müller (Segno di) : insieme di sintomi osservati nell'istmo della gola nell'insufficienza aortica, e comprendente : il polso capillare dell'ugola, un un movimento di va e vieni di essa, delle pulsazioni amigdaliche.

Naunyn (Regime di) ; metodo di cura igienico del diabete.

Oertel (Cura di): regime alimentare contro l'obesità con limitazione delle bevande come nella cura del Dancel.

Oertel (Metodo di) : cura delle malattie del cuore con un insieme di mezzi dietetici e ginnastici. I primi comprendono un regime che ha per iscopo di diminuire la tensione arteriosa (diminuzione delle bevande, bagni caldi, ecc.); i secondi consistono nel massaggio, ginnastica svedese ed ascensioni di terreni con pendio regolare.

Oliver (Segno di): (V. Cardarelli Oliver).

Oppenheim (Deambulazione di): oscillazioni rapide della testa e del tronco nella sclerosi a placche.

Pacini (Metodo di): respirazione artificiale analoga a quella del Sylvester.

Page (Shok nervoso generale di): (V. Erichsen).

Paget (Malattia ossea di) : affezione caratterizzata da un aumento di volume di quasi tutte le ossa del corpo (particolarmente del cranio e delle ossa lunghe) con dolori ossei e deformazioni delle braccia e delle gambe, che sono smisuratamente lunghi e ricurvati all'innanzi.

Parinaud (Oftalmoplegia di) : paralisi del retto esterno di un lato e spasmo del retto interno del lato opposto; nell' oftalmoplegia del Sauvineau.

Paris (Malattia di) : dolori nell'estremità (Acrodinia).

Parkinson (Malattia di): tremore generalizzato non intenzionale, quasi continuo, a fini oscillazioni (paralisi agitante); rigidità muscolare, specie al tronco, donde l'attitudine saldata.

Parrot (Malattia di) : Complesso sintomatico simulante una paralisi infantile, e che capita, nei giovani eredo-sifilitici, in seguito ad alterazioni ossee, a livello delle cartilagini epifisarie.

Parrot (Segno di) : dilatazione pupillare che si osserva nella meningite, come riflesso al dolore·

Parry (Malattia di) : gozzo esoftalmico.

Paul (Soffio paradossale di) : soffio ad apparenza doppio, che, nell' insufficienza mitralica, si prolunga fino a coprire il grande silenzio.

Pavy (Malattia di) : albuminuria intermittente ciclica.

Petrescu (Metodo di) : cura della pulmonite con la digitale a dosi massive.

Pfeiffer (Malattia di) : febbre ganglionare che offre certe analogie con la malattia di Filatow.

(continua)

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati negli *Archives des Sciences biologiques*, pubblicati dall'Istituto Imperiale di Pietroburgo, Vol. VII, N. 3, 1899.

1. I. Galeotti. **Ricerche sulla peste bubonica.** — Le sue esperienze precedenti l' avevano condotto alle seguenti deduzioni. I corpi di parecchi, se non di tutti i batterii, racchiudono nucleoproteidi in abbondanza, che possiedono le stesse proprietà dei nucleoproteidi estratti dai tessuti animali. Il carattere comune a tutte queste sostanze, qualunque sia il microbio che l' ha fornite, è di determinare la necrosi da coagulazione e la coaguzione del sangue nei vasi. I nucleoproteidi, provenienti dai microbi patogeni soltanto per alcune specie d' animali, si mostrano tossici per questi stessi animali; iniettati in quantità convenienti, possono creare l'immunità negli animali.

Questi nucleoproteidi possono servire con vantaggio per la preparazione dei sieri terapeutici. Dalle numerose esperienze fatte sulla peste bubonica risultò che dai bacilli della peste si riesce ad isolare un nucleoproteide, il quale godrebbe delle proprietà degli altri nucleoproteidi estratti da altri microbi, nel senso che essi sarebbero in grado di conferire l'immunità, e che il siero degli animali, a cui si sarebbe inoculato il detto nucleoproteide, riuscirebbe curativo.

2. M. P. P. Kriloff. **Rapporto annuale della stazione antirabbica annessa all' Ospedale municipale di Samara per l'anno 1897.**—Nel corso dell' anno 1897 hanno subito il trattamento preventivo della rabbia col metodo Pasteur 1190 persone, di cui 1147 sono state morsicate da differenti animali e da individui affetti di rabbia e 43 si sono trovate solamente in condizioni di contagio possibile. Detraendo dal numero totale dei morsicati il primo gruppo d' individui in cui la malattia scoppiò durante il trattamento (7 persone) giacchè questo gruppo non può rientrare in conto nell' apprezzamento dell' efficacia del trattamento pasteuriano (5 di essi avevano un periodo d'incubazione ridotto al minimum, da 18 a 20 giorni, e 2 s'erano presentati troppo tardi) e calcolando su 1140 curati, s'ebbe una percentuale della mortalità generale degl' individui che avevano terminate la cura eguale a 0,10. Tenendo ancora conto, come s'usa fare all'Istituto Pasteur, degl'individui nei quali la malattia si dichiarò prima dello spirare dei 15 giorni dopo l'ultima vaccinazione (comprendendovi anche un infermo in cui l'inizio del male restò sconosciuto), s'ebbe che la mortalità si riduce al 0, 35 0l0.

3. M. E. S. London. **Note istologiche.** — Descrive alcune modificazioni da lui portate alla co-

lorazione del tessuto elastico col metodo di Weigert, alla colorazione coll'ematossilina e coll'allume di ferro secondo Heidenhain, al metodo di Nissl, alla colorazione degli elementi del giallo d'uovo di pollo, alla colorazione degli elementi nervosi col bleu di metilene di Ehrlich, alla colorazione dei batterii.

4. M. M. H. NEMSEN. **Sulla questione di sapere come le nucleine si comportano nell'inanizione.** — Dalle sue esperienze risulta che durante l'inanizione di tutto l'organismo, la base chimica, nucleinica, dei nuclei cellulari si trova anch' essa in uno stato d' inanizione ed in grado diverso secondo gli organi. Quelli che soffrono meno sono i nuclei cellulari dei reni, un poco più quelli del fegato, ma l'effetto più spiccato dell'inanizione s' osserva nei nuclei cellulari del tubo gastro-intestinale.

5. S. WINOGRADSKY e V. OMELIANSKY. **L' influenza delle sostanze organiche sul lavoro dai microbii nitrificanti.** — L' azione antinificante di parecchie sostanze (glucosio, peptone, brodo, ammoniaca, urea ecc.) è così considerevole e s' esercita a dosi così deboli ch' è impossibile di considerarle come corpi indifferenti. Per contro, l'analogia ch' esiste fra l' azione di queste sostanze antinitrificanti e quella delle sostanze classificate per antisettiche in batteriologia è difficile a sconoscersi. Se si considera che il glucosio ed il peptone in soluzione all'1 per 4000 ostacolano lo sviluppo del microbio nitroso e al 2 0l00 l'arrestano completamente, bisogna convenire in ciò, che il loro valore antisettico speciale a questo caso è superiore al valore antisettico di parecchi antisettici, come il fenolo, i cresoli, la resorcina, l'acido salicilico ed altri. Riguardo alle relazioni che esistono tra la natura della sostanza adoperata ed il suo effetto sull'uno o sull'altro dei due microbii, uno sguardo alla tabella fa conchiudere che il microbio nitroso è molto più sensibile del microbio nitrico, specialmente verso le sostanze azotate, come peptone ed asparagina; che il microbio nitrico pur essendo meno sensibile verso tutte le materie organiche provate, è d' una sensibilità esagerata verso l' ammoniaca, che quanto più la molecola d' un dato corpo è complessa, facilmente dislocabile ed assimilabile per la maggior parte dei microbii, tanto più grande è il suo effetto paralizzante sull'accrescimento ed il lavoro dei microbii nitrificatori. Infatti, disponendo tutte le dette sostanze secondo il loro valore alimentare nell'ordine seguente; peptone, glucosio, asparagina, glicerina urea, acidi acetico e butirrico, si vede che lo stesso ordine corrisponde al loro valore antinitrificatore.

6. M. V. OMÈLIANSKY. **Sulla nitrificazione dell'azoto organico.** — La nitrificazione dell' azoto organico non ha luogo sotto l'azione delle culture pure dei microbii nitrificanti. Questi esseri sono assolutamente sprovvisti della facoltà di decomporre i corpi organici, sia svolgendo ammoniaca, sia ossidando direttamente l'azoto della molecola organica. Perchè l'azoto organico divenga nitrificabile, bisogna che sia precedentemente mineralizzato, cioè che sia passato allo stato d' ammoniaca. E perciò è indispensabile l'intervento d'un microbio che abbia la facoltà di decomporre la sostanza organica con formazione d' ammoniaca. I risultati contradittorii di Frankland, di Warington come pure quelli di Stutzer coi suoi collaboratori, non si spiegano altrimenti che come errori d'osservazione.

FORMULARIO

Brocq. Sciroppo composto contro la psoriasi

Arseniato di soda	ctgr.	6
Salicilato di sodio	gr.	3
Bicarbonato di sodio	»	8
Sciroppo di genziana / » di saponaria	ana gr.	125

Un cucchiaio da zuppa prima di ogni pasto.

Leistikow. Contro il prurito dello scroto

Sublimato	ctgr.	25
Alcool / Acqua di camomilla	ana gr.	25
Cloroformio	gocce	V
Acqua di lauro-ceraso q. b. per	gr.	100

Mischia, per lavaggi.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste nel Portogallo.

Vienna, 3—Il *Wiener Zeitung* pubblica un'ordinanza dei ministri dell'interno, del commercio e delle finanze, con la quale proibiscono l'importazione ed il transito di merci provenienti dal Portogallo.

Una nuova razza umana

Gli archeologi della California sono in preda ad una grande agitazione, non scevra da legittimo orgoglio. Essi hanno scoperto una antica razza umana finora sconosciuta!

Alcuni esploratori, nel fare delle ricerche sul fianco di una montagna trovarono in una di quelle fessure profonde chiamate cannoni, l' apertura di una camera sotterranea molto grande ed antica.

Entrativi, vi rinvennero il corpo mummificato di una donna stessa supina che teneva in braccio un bambino. Essa era di una statura gigantesca: sette piedi e 6 pollici (metri 2,50) ed avviluppata

in una stoffa, specie di pergamena, che era, senza dubbio, la pelle di una bestia.

Si vedeva che i capelli dovevano essere stati neri.

I denti erano ben conservati.

Questo individuo strano non apparteneva ad alcuna razza conosciuta. Ma i suoi piedi sopratutto furono gran soggetto di dubbi.

Essi erano enormi e, siccome avevano tutti i diti eguali, presentavano la figura di un rettangolo. Questa forma servì ad identificare la mummia, poichè si sapeva già che una razza dai piedi quadrati, alta come gli elefanti, aveva abitato in un'epoca remotissima le coste del Pacifico.

Il campione ora scoperto ne dimostrerebbe l'esistenza. Essa fioriva, a quanto si dice, 11,500 anni fa!

Come si consuma la vita

Un membro del Parlamento inglese ha fatto testè un calcolo abbastanza interessante.

Egli ha trovato che una vita di 70 anni trascorre dal più al meno e si consuma nelle seguenti operazioni: Sonno 24 anni e 9 mesi e mezzo; lavoro 11 anni e 8 mesi, divertimenti 11 anni e 8 mesi; alimentazione 5 anni e 10 mesi, *toilette* 2 anni e 11 mesi; nel dolce far niente 1 anno e 5 mesi e mezzo; chiacchiere inutili 1 anno e cinque mesi e mezzo; riflessione 1 anno e 5 mesi e mezzo, tempo perduto 1 anno e 5 mesi e mezzo.

I vestiti e i nervi umani

Henry de Parville, nelle appendici del Dèbats ci istruisce sull'influenza talvolta veramente fatale che un vestito mal fatto può avere sull'organismo e, per conseguenza, sul temperamento e sul carattere di questa misera umanità che sente il bisogno di coprirsi.

Un vestito stretto di petto e nelle spalle, è estremamente noioso od irrita il disgraziato che lo porta, i calzoni stretti di cintura dànno dei veri disturbi di stomaco; stretti alle ginocchia inceppano i liberi movimenti ed a lungo atrofizzano (?) le gambe e via dicendo.

Il ghiaccio resiste alla penetrazione dei bacteri

Sotto questo titolo il dottor Ugo Passigli (Stab. Civelli, Firenze, 1899) pubblica il risultato di alcune sue ricerche teoriche e pratiche. L'antica idea che il ghiaccio fosse impenetrabile ai batteri viene smentita dalla batteriologia che trova contenuti nel ghiaccio i batteri patogeni. Questi resisterebbero alle basse temperature più dei batteri innocui, la loro vitalità può conservarsi per vari mesi, in taluni casi in stato latente. I comuni gelati sono spesso veicolo d'infezione, come avvenne quattro anni or sono nella guarnigione di Rennes.

Considerato così il ghiaccio come terreno di cultura, sorge alla mente l'idea che non basti averlo puro per uso alimentare, ma occorre conservarlo tale, avendo speciale riguardo nei mezzi di trasporto e di conservazione. Il ghiaccio è permeabile per capillarità alle soluzioni di anilina e perciò ai prodotti dei batteri.

Poste due porzioni di una cultura di *bacillus prodigiosus* per 2 cubi di ghiaccio artificiale, una all'estremità della stria opalina centrale, attraversante il blocco, l'altra sulla superficie trasparente e circondate di cotone idrofilo, dopo 10 ore di conservazione nella ghiacciaia la stria opalina del pri- blocco era arrossata per 5 centimetri dal punto di inoculazione, il secondo blocco era inalterato nel punto di inoculazione.

Le culture in gelatina dell'acqua di fusione del ghiaccio arrossato nel primo blocco e di un pezzo del secondo, preso ad egual distanza dettero risultato positivo dopo 3 giorni solo nel primo caso. Mescolando all' acqua cultura dello stesso bacillo, immergendovi due blocchi di ghiaccio colle strie perpendicolari all'acqua e facendo collo stesso metodo le culture, dopo 9 ore, dalla parte superiore della striatura divenuta arrossata, si ha risultato positivo per liquefazione della gelatina; negativo colla parte non striata rimasta incolora.

Il ghiaccio di aspetto meno trasparente si colora con maggiore intensità. Il ghiaccio naturale presenta lo stesso fenomeno nelle molteplici striature. Da ciò emerge la necessità di trasportare il ghiaccio in carri appositi per ferrovia, di conservarlo in recipienti appositi se per uso alimentare, distinti da quelli pel ghiaccio di uso industriale.

GAZZETTINO

FILADELFIA. *Il nuovo collegio medico Jefferson.* — Questo nuovo collegio fornito di adatti laboratorii sarà aperto il 2 ottobre sotto la direzione di Thomas Addis Emmet. Uno degli insegnanti è Phineas S. Conner di Cincinnati.

NEW-YORK. *Un'epidemia di paralisi infantile.*— I dottori D. Chapin e D. M. Sheedy hanno assodato una epidemia di poliomielite anteriore acuta tra i bambini al disotto dei cinque anni.

NEW-YORK. *Notizie sanitarie.* Nel primo trimestre di quest'anno gli ispettori sanitarii hanno fatto 451781 ispezioni, elevando 29979 contravvenzioni. La divisione dell'ispezione dei cibi presenta un totale di 268521 ispezioni, e la polizia sanitaria 88048. Sono stati rivelati 9377 casi di malattie contagiose, di cui i due terzi sono dati da scabia, difterite e scarlatina. Sono state disinfettate 13497 stanze e 15262 effetti di biancheria oltre a 1330 che furono distrutti. L'antitossina fu amministrata in 171 casi di difterite, con 110 successi. Furono ispezionate 814 scuole facendo un totale di 2882 visite. Il numero degli scolari era di

389304 di cui furono esaminati 41043 e la visita stabili la temporanea o permanente esclusione di 2536 bambini. La mortalità nell' intera città fu di 16718, ossia un tasso di 18,84.

SANTIAGO DEL CHILÌ. *Congresso medico latino-americano.*—Qui si terrà nell' autunno 1900 un congresso medico promosso dal Governo del Chilì, il quale vi ha invitato tutte le corporazioni mediche dei governi dell'America latina.

NEW-YORK. *Vaiuolo.* — Nello stato di New-York e in buona parte degli Stati del sud infierisce un'epidemia di vaiuolo.

PENNSYLVANIA. *Esami di medicina.* — Di 425 candidati sono caduti 52 (= 12,2 0[0) agli esami di medicina pratica nello Stato di Pennsylvania.

NEW-YORK, 19. *La scoperta del prof. Sanarelli agli Stati Uniti.* — Il *New-York Herald* riassume con ampi dettagli la relazione dei lavori della Commissione scientifica nominata nel 1897 dal presidente Mac-Kinley per lo studio della febbre gialla, e pubblicato or ora per cura del generale medico dottor *W.* Wymann.

La Commissione, composta di eminenti specialisti, dopo lunghi e pazienti studi eseguiti all'Avana e in varie altre località infestate dalla febbre gialla, conclude confermando completamente tutte le scoperte del prof. Sanarelli di Bologna.

Il generale Wymann ha ordinato la immediata applicazione degli studi di Sanarelli nella profilassi ufficiale della febbre gialla in tutte le località infette e nei porti dell'Unione.

Il *New-York Herald* si congratula col prof. Sanarelli per il suo successo e lo saluta come un benefattore degli Stati Uniti.

STATI UNITI. *Croce Rossa.* — Una nuova costituzione riorganizza la Croce Rossa americana, provvedendo alla distribuzione delle sezioni e alla giurisdizione delle cariche.

MESSICO. *Febbre gialla.*—A Cordoba e ad Orizoba rincrudisce la epidemia di febbre gialla che si è diffusa anche a Tuxpan, mentre è diminuita a Vera Cruz ed è scomparsa a Tampico.

FORT WORTH. *Studii medici.* — La facoltà medica da deciso di estendere a 4 anni il corso di studio per la medicina.

CANADÀ. *Associazione medica.* — Quest'associazione ha tenuto la sua riunione annuale a Toronto dal 30 agosto al 1° settembre.

PENNSYLVANIA. *Società medica.*—Questa società ha cambiato la data delle sue riunioni da maggio a settembre.

STATI UNITI. *Mississippi Valley Medical Association.*—La 25ª riunione annuale di questa società avrà luogo a Chicago dal 3 al 6 ottobre sotto la presidenza di Duncan Eve.

FILADELFIA. *Associazione ginecologica americana.*—La 24ª riunione annuale, di questa società si terrà prossimamente a Filadelfia.

BOSTON. *Poibizione di spulare per terra nelle vie.*—L' ufficio di Sanità a Boston ha pubblicato un avviso nel quale « è formalmente proibito di sputare sul pavimento di qualsiasi vettura pubblica, omnibus, tramway, carrozzoni ferroviarie, ecc., nelle sale d'aspetto, nelle chiese, nei teatri, nei mercati e sui marciapiedi delle vie e piazze pubbliche, pena l' ammenda di 500 franchi ».

PICCOLA POSTA

C. V. Alvito. (Caserta). L' *Archivio di chirurgia* non fu pubblicato se volete possiamo mandarvi quello di *Medicina.*

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 qualè ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Provaglio sopra e sotto (Brescia). Concorso alla condotta medico-chirurgica consorziale dei due Comuni. Stipendio annuo L. 1800. Scadenza 15 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un' annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

Cassine (Alessandria). (Abitanti 6500 circa). Concorso per la nomina di uno dei due Medici condotti pei poveri. Stipendio di L. 850 anoue.

Il servizio dovrà assumersi col primo ottobre. Le domaade non oltre il 15 settembre alla segreteria Municipale.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendie annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA PESTE
MODO DI PROPAGAZIONE E PROFILASSI

Si sa già da tempo che la peste può contrarsi direttamente per contatto coi malati o cogli oggetti da loro usati od anche soggiornando in località abitate da malati di peste. Questo modo di trasmissione è stato confermato dai fatti osservati ad Hong-Hong. E tenendo conto della sede abituale dei bubboni nel gruppo verticale dei gangli inguinali e nello stesso tempo dell'abitudine dei Chinesi di camminare a piedi, Aoyama ammise che il contagio ha luogo per mezzo delle escoriazioni dei piedi. Una pustola, un piccolo ascesso, una necrosi superficiale indicano spesso il luogo di penetrazione del virus, ed in qualche caso raro l'arrossimento dei vasi linfatici indica il tragitto del virus. Quando il bubbone occupa l'ascella, il punto di penetrazione deve trovarsi nella regione corrispondente, ed il virus deve trovare la via attraverso una soluzione di continuo. Aoyama nel resoconto giapponese dell'epidemia di Hong-Hong cita due casi di peste in seguito a puntura anatomica nei medici della missione.

Nell'*Indian Medical Gazette* del 1898 e 1899 si trovano altri 5 casi simili.

L'introduzione del bacillo della peste per l'apparecchio respiratorio spiega la pulmonite da peste che è stata frequentemente osservata a Bombay. E' stata prodotta pure sperimentalmente dai medici russi, da Roux e da Baszarow ecc.

Bisogna però insistere su due particolarità, che sono state messe in evidenza dalle ricerche batteriologiche e permettono di comprendere come il contagio diretto, malgrado abbia importanza nella propagazione della peste, non basta a spiegare tutto. In primo luogo il bacillo della peste ha una vitalità ed una virulenza molto breve nell'organismo dell'ammalato ed al di fuori. Se esso esiste in gran copia negli ingorghi ghiandolari, sparisce quando il bubbone suppura, ed anche nel sangue la sua disparizione è rapida. In secondo luogo al di fuori dell'organismo il bacillo della peste resiste poco ai diversi agenti fisici. Kitasato distendendo un poco di liquido proveniente da un bubbone su lastre alla temperatura di 28°-30°, ha trovato che i bacilli erano ancora vivente dopo 30 ore, ma erano morti al 4° giorno. I membri della missione tedesca hanno moltiplicato queste ricerche nelle culture pure, nei frammenti di organi, negli sputi nel pus ecc. ed hanno visto che la durata più lunga della vita del bacillo in questi mezzi è di 8 giorni, per lo più di 6 giorni. L'essiccamento favorisce la morte.

Queste esperienze che furono fatte in India, ripetute nei nostri climi ad una temperatura di 16°-20° hanno dato risultati alquanto diversi. Abel, de Giaxa e Gosio hanno trovato il bacillo vivente anche dopo 30 giorni. I membri della commissione tedesca hanno verificato questo punto; nondimeno dal 18° giorno in poi essi hanno notato una diminuzione di virulenza. Gli autori tedeschi hanno pure confermato l'influenza energica della luce solare, messa in evidenza da Kitasato. In generale in meno di un'ora i bacilli esposti alla luce solare, anche nei climi temperati, muoiono.

Queste ricerche dovrebbero farci escludere a priori la possibilità del contagio per mezzo degli oggetti, almeno dopo un certo periodo di tempo; nondimeno l'epidemiologia ci ha trasmesso la storia di fatti autentici che confermano essere il contagio avvenuto per mezzo di oggetti inquinati da tempo lontano. E' registrata ad es. la storia di due cuochi di bordo, portoghesi, morti di peste all'ospedale dei marinai a Londra il 27 settembre ed il 3 ottobre 1896. Essi appartenevano all'equipaggio di una nave che aveva lasciato Bombay il 21 agosto ed era arrivata a Londra il 19 settembre. Il resto dell'equipaggio (199) ed i passaggeri (119) non presentarono alcun caso di peste. I due individui morti avevano portato con se oggetti di vestiario e di toeletta acquistati a Bombay e di cui si erano serviti scendendo a Londra.

Il contatto cogli ammalati, l'inquinamento degli oggetti e dei locali abitati da persone colpite da peste sono certamente cause di contagio.

Ma nelle recenti epidemie dalla China e dell'India moltissimi osservatori, fra cui Weir, Simond, Hankin, hanno notato che i topi hanno la parte principale nella diffusione della malattia. Questo fatto è stato la prima volta richiamato all'attenzione degli Europei nel 1881 dai missionari francesi del Yunnan e da Rocher, console di Francia a Mong-tzè, ma pare che sia conosciuto da lunghissimo tempo dagli indigeni delle regioni dell'Hymalaia. I fatti principali che provano l'importanza che i topi hanno nella trasmissione della peste sono i seguenti. Kitasato e Yersin e poi molti altri hanno trovato il bacillo specifico nei cadaveri

dei topi raccolti nelle abitazioni dove si erano verificati casi di peste o nelle strade di città infette. A Bombay si è osservato in alcuni stabilimenti dove furono trovati dei topi morti, che erano state colpite dalla peste soltanto le persone che li avevano raccolti. In molte epidemie i primi casi si sono manifestati in edifizii dove esisteva del frumento od altre sostanze capaci di attirare i topi. Inoltre le abitazioni bene costruite e ben tenute, vale a dire poco atte a ricettare i topi, restano spesso preservate dalla peste. Le epidemie a Bombay, a Kurachee ed a Karad si sono localizzate principalmente nei quartieri dove era scoppiata l'epizoozia dei topi. La diffusione dell' epidèmia negli altri quartieri delle stesse città fu preceduta dall' immigrazione e da mortalità dei topi. Del pari nei paesi sani, vicini ai paesi infetti, la epidemia scoppiò senza che un solo caso di peste fosse stato importato, ma essa fu preceduta dall'immigrazione di topi provenienti dai luoghi infetti. Infine l' insorgere e la propagazione della peste su alcune navi ha pure dimostrato che i topi erano stati il veicolo del contagio.

E' certo dunque che esiste un nesso tra la peste dell' uomo e quella dei topi: lo stesso germe specifico causa l'una e l'altra; la malattia può essere comunicata dal topo all'uomo e viceversa, l' uno e l' altro possono divenire il veicolo di contagio, malgrado che il contagio dall' uomo malato al sano non sia molto frequente; sembra intanto essere i topi l' agente principale e quasi necessario della diffusione della peste sotto forma epidemica.

La trasmissione della peste dal topo all'uomo può avvenire direttamente e si conoscono casi di individui colpiti da peste dopo essere stati morsi da topi infetti. Ma simili casi sono rari; secondo Simond la peste è per lo più trasmessa per mezzo dei parassiti e sopratutto delle pulci che si attaccano in gran numero ai topi malati. Secondo Netter è più frequente che le pulci trasmettano il contagio da uomo ad uomo, anzichè dal topo all'uomo.

Per la profilassi della peste sono ancora in vigore le regole già stabilite nelle prime epidemie: impedire, per quanto è possibile, l'accesso di individui malati in località sane, e sorvegliare i casi sospetti; non trattenere le navi più di 10 giorni, se non hanno malati a bordo, perchè l' incubazione della peste non oltrepassa i dieci giorni e per lo più dura 4-5 giorni. Nelle località invase dall'infezione bisogna isolare i malati, curare la nettezza del corpo, disinfettare i prodotti di escrezione, i vestiti, disinfettare le abitazioni abbandonate, sorvegliare le famiglie degli ammalati e tenerle in osservazione per una diecina di giorni. Accurate misure profilattiche si consigliano contro i topi e loro emigrazione. E' un abitudine antica di servirsi per distruggere i topi degli animali che sono i loro naturali nemici, dei gatti, dei cani e dei porci. Ma si è visto che di essi soltanto i cani non contraggono la infezione, e poi possono essi stessi servire di veicolo al contagio. D' altra parte nelle città che hanno una fognatura o che offrono altri asili comodi ai topi, quel mezzo di difesa è insufficiente. Conviene perciò fare ricorso ai mezzi di distruzione fisici, chimici o meccanici, a seconda delle diverse condizioni di tempo e di luogo. Così potranno essere usate le trappole, oppure i vapori di zolfo, l'arsenico, il fosforo, la stricnina ecc., mescolati agli alimenti. Joseph per i topi di campagna ha ideato il seguente processo: ne ha infettato alcuni di tigna favosa umana e li ha lasciati liberi; questi topi contagiando i compagni suscitano una vera epidemia ed un'estesa mortalità.

Löffler ha proposto di adoperare allo stesso scopo un bacillo isolato dai topi bianchi colpiti da un'epizoozia. Ma nessuno di questi due metodi è stato trovato opportuno in pratica.

Il successo dei provvedimenti presi contro la peste dipende sopratutto dall' ambiente, e questi provvedimenti possono essere rigorosi solo quando non si è arrestati da nessuna considerazione economica, quando si tratta di distruggere tutto ciò che può servire al contagio.

BIBLIOGRAFIA

Abel. *Centralblatt f. Bakteriol.* vol. XXI.—De Giaxa e Gosio. *Ann. d'Igiene sperim.* 1897.—Buchanan. *XXVI Report of the local Govern. board*, 1896-97.—Weir. *Indian med. Gaz* 1897. Grayfoot. *ibid.* 1897.—Simond. *Ann. de l'Instit. Pasteur*, 1898.—Hankin. *ibid.* 1898.—Netter. *La Presse méd.* n. 70, 1899.—Loriga. *Revue d'Hygiène*, 1899.—Yersin. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1898.—Wilm. *Hyg. Rundschau*, 1897.—Mattei. Congr. d'igiene di Torino, 1898, Accad. gioenia di Catania 1898.—Löffler. *Centralbl. f. Bakt.* 1892.—Joseph. Der Landwirth, 1882.—Loriga. *Gaz. des hôpitaux*, n. 97, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II sezione chirurgica — Uomini

URETROPLASTICA E CHIUSURA DELL' ORIFIZIO VAGINALE IN UN CASO D'IPOSPADIA PERINEALE CON CRIPTORCHIDIA E VAGINA RUDIMENTALE BIFIDA.

Dottor Giuseppe Castellana
Chirurgo primario

(*Cont.— V. num. prec.*)

Palpazione.—La palpazione dell'organo che ha l'aspetto del pene dà la netta sensazione di due corpi cavernosi, alla parte superiore dei quali si sente pulsare l' arteria dorsale del pene. Le grandi labbra hanno la consistenza delle grandi labbra degli organi genitali feminei: Nella loro spessezza non si percepisce alcun organo che possa rassomigliare ai testicoli.

Dall'orifizio inguinale esterno si penetra col dito piccolo e per un certo tratto nel canale inguinale senza incontrarvi alcun organo.

Mediante un catetere dall' orifizio superiore che rappresenta l'orifizio dell'uretra si penetra direttamente in vescica. Il canale uretrale ha la lunghezza di cm. 4 1|2 e la forma e la direzione di un'uretra femminile.

Dall'orifizio inferiore che sta dietro alle frange imenali con una sonda può penetrarsi per cm. 9. In detto orifizio il dito piccolo della mano penetra stentatamente arrecando vivo dolore sino alla profondità di cm. 2 1|2, dove è arrestato dalla presenza di un sepimento verticale, che da quel punto in poi rende bifida la vagina.

Adoperando una sonda metallica si avverte che le due cavità risultanti dalla bipartizione della vagina finiscono entrambe con un cul di sacco; in fondo al quale non si percepisce alcuna sensazione di collo di utero, di fornici vaginali, ovvero di corpo uterino. Introducendo un dito nel retto, mentre si esplora col catetere la vagina, si percepisce chiaramente che un sottile setto divide la vagina dal retto.

Introducendo un catetere metallico in vescica, ed esplorando contemporaneamente il retto, attraverso alla parete anteriore del retto ed alla parete posteriore della vescica si avverte distintamente il catetere, senza però che si percepisca tra il dito ed il catetere alcun corpo intermedio che possa rassomigliarsi all' utero o alla prostata.

Nelle fosse iliache interne e specialmente nella sinistra in corrispondenza dell' orifizio inguinale interno si avverte in un punto limitato un senso di resistenza come di un corpo di consistenza fibroso-elastica e di forma rotondeggiante. Premendo fortemente in quel punto si provoca un vivo dolore. Dall'insieme di questi segni risulta la grande probabilità che i testicoli ectopici siano allogati in corrispondenza dell'anello inguinale interno che non sono riusciti a superare.

Misure del bacino. — Circonferenza a livello delle spine iliache anteriori superiori cm. 74.

Circonferenza a livello dei gran trocanteri cm. 77.

Circonferenza massima dello stretto superiore che passa cioè per l'apofisi spinosa dell'ultima vertebra lombare, le fosse iliache esterne ed il pube cm. 79.

Distanza tra le spine iliache anteriori-superiori cm. 22 1|2.

Distanza tra le creste iliache cm. 24.

Distanza tra le spine iliache posteriori superiori centimetri 9 1|2.

La coniugata esterna di B a u d e l o q u e, cioè la distanza dal margine superiore della sinfisi pubica al processo spinoso dell'ultima vertebra lombare misura cm. 20 1|2.

A differenza delle precedenti misure che sono inferiori a quelle del bacino muliebre questa invece lo supera di mezzo centimetro: la qual cosa è dovuta al maggiore spessore delle ossa a causa del tipo maschile dello scheletro di Carmelo.

La coniugata diagonale, cioè la distanza tra il vertice dell'arcata pubica e la metà del promontorio cm. 11 1|2.

La coniugata vera cioè la linea più breve che unisce il promontorio colla sinfisi cm. 10.

Il diametro bitrocanterico cm. 27 1|2.

Il diametro obliquo esterno sinistro, che va dalla spina iliaca posteriore superiore sinistra al gran trocantere opposto misura cm. 25.

Il diametro obliquo esterno destro che va dalla spina iliaca posteriore-superiore destra al gran trocantere del lato opposto misura cm. 24 1|2.

Anche la misura di questo diametro obliquo esterno a causa del maggiore spessore delle ossa del bacino, presenta una differenza in più in confronto del bacino femineo, il quale per questo diametro misura da un lato e dall'altro cm. 24.

Il diametro trasverso dello stretto inferiore, che va dal punto di mezzo di una tuberosità ischiatica al punto precisamente opposto dell'altra tuberosità, cm. 7 1|2.

Il diametro antero-posteriore dello stretto inferiore, che va dalla punta del coccige al vertice dell'arcata pubica, cm. 9.

Distanza tra la parte media della cresta iliaca alla tuberosità ischiatica tanto a destra che a sinistra cm. 20.

Uguale distanza nella donna cm, 18-19.

Altezza sacrale dalla base del sacro alla punta del coccige, cm. 14.

La stessa altezza nella donna cm. 13.

Altezza della sinfisi pubica cm. 5.

Mentre i vari diametri orizzontali sono più corti, più lungo invece in Carmelo Caponetto è il diametro che va dalla metà della cresta iliaca alla tuberosità ischiatica, e maggiore è l'altezza sacrale.

In confronto al bacino muliebre, oltre ad un maggior ispessimento delle ossa, abbiamo adunque una diminuzione nei diametri orizzontali che viene compensata da un aumento

nei diametri verticali: ci troviamo in una parola in presenza di un vero bacino maschile.

In Carmelo Caponetto l'aspetto del torace e delle mammelle, la forma e le dimensioni del bacino, la maggiore circonferenza delle spalle in confronto della circonferenza massima dello stretto superiore del bacino, lo sviluppo dei genitali esterni maschili col caratteristico solco uretrale ed il loro funzionamento che arriva sino all' eiaculazione dello sperma, l' impossibilità di funzionare della vagina, la mancanza di menstruazione, la voce e l'incesso maschile, danno l'assoluta prevalenza al sesso maschile che viene altresì confermata dall' intraveduta esistenza dei testicoli nelle fosse iliache interne. Di femineo abbiamo l'espressione ed i lineamenti del volto, l'assenza di peli alla faccia, la lunghezza dei capelli, la mancata rilevatezza dell'angolo formato dalla cartilagine tiroide, la rotondità del collo e delle membra ed una vera vagina bifida e terminata a doppio cul di sacco. Femineo è altresì il modo d'impianto dei peli del pube in forma circolare; mentre nell'uomo come ha fatto notare il Casser sono disposti in forma triangolare, di cui un angolo si dirige verso l'ombelico.

Considerazioni embriogenetiche e teratologiche. — In Carmelo Caponetto accanto allo sviluppo dei testicoli nascosti profondamente e forniti dei loro canali escretori, che si aprono dentro il canale uretrale, abbiamo una vagina che per la sua straordinaria strettezza è impossibilitata a funzionare, e che colla sua bifidità dà la più evidente dimostrazione che in questo caso accanto allo sviluppo delle glandule genitali maschili e dei canali di Wolff (condotti deferenti, vescichette seminali, condotti eiaculatori), si ha altresì lo sviluppo rudimentale dei canali di Müller.

Col D.r Guermonprez di Lilla io accetto l'opinione che l'intiera vagina proviene dallo sviluppo dei condotti di Müller così come l'utero e le trombe; opinione che è d'altronde sostenuta dal Geoffroy-Saint Hilaire, dal Serres, dal Ieuckart e da Thiersch.

Nel mio soggetto in esame come in quello del Guermonprez degli organi derivantidai canali di Müller solo la vagina si è sviluppata. Nel mio caso non solo la posizione mediana, ma l' esistenza del setto longitudinale sta a dimostrare, che questa vagina rudimentalmente sviluppata è dovuta alla riunione dei due condotti di Müller, i quali saldandosi nella loro parte inferiore danno luogo all'utero ed alla vagina. Il sepimento risultante dalla loro sutura più tardi scompare, mentre la persistenza di questo setto darebbe luogo all' utero doppio ed alla vagina bifida, che costituiscono un vizio di conformazione diverse volte notato.

Nel caso in esame non è nemmeno discutibile l'ipotesi che avvesse a trattarsi di ciò che il Debierre chiama falsa vagina od imbuto vaginiforme, che sia cioè artificiale lo sviluppo della vagina o che, avendo origine embrionale, sia indipendente dallo sviluppo dei condotti di Müller. Si tratta invece sicuramente della persistenza nel nostro caso di uno stato embrionale; perchè è stata dimostrata « la coexistence des conduits de Wolff et des canaux de Müller pendant toute une longue pèriode de la vie intra-utèrine ».

L'origine della vagina dai canali di Müller è stata del resto riconosciuta dallo stesso prof. Ch. Debierre, il quale in proposito così si esprime: « Chez les mammifères, l' homme y compris, ils se soudent dans une ètendue plus ou moin grande (Monodelphes) pour donnez naissance au canal utéro-vaginal ».

Il Prof. Ch. Debierre riconosce poi a pagina 116 dello stesso suo libro che: « Pareillement les canaux de Müller, qui, disparaissent presque entièrement chez l' homme, peuvent anormalement persister chez lui et fournir l'exemple d'un homme portant tout à la fois un penis et des testicules, un vagin et un utérus ». Più sotto ancora a pagina 119 così si esprime: « Dans le cas de persistence et de développement des canaux de Müller chez l'homme, cas le plus commun, on observe en même temp, l'hypospadias, la fissure scrotale avec cryptorchidie, ce qui constitue le pseudo-hermaphrodisme masculin complet. Ce rèsultat est du à la présence du canal utéro-vaginal, qui gêne le développement du tubercule gènital et des replis gènitaux; il en rèsulte une verge avortée et hypospade et une fissure scrotale qui donne allès dans un sinus uro-gènital où s'ouvre le vagin ».

(*Continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

OSPEDALE BETANIA DI STETTINO.—Könitzer

Un caso di spondilite tifosa. — **Quincke ha descritto un nuovo tipo morboso, consistente essenzialmente in un'affezione della colonna lom-**

bare e della regione sacrale, manifestantesi in seguito al tifo.

Il processo si inizia acutamente con febbre e decorre con forti dolori ai lombi, al sacro ed al dorso, con tumefazioni di queste parti. Si possono anche avere sintomi spinali consistenti parte in parestesie e disordini dei riflessi degli arti inferiori, parte in disordini della vescica e del retto. I fenomeni spinali regrediscono rapidamente, in modo che dopo poche settimane avviene la *restitutio ad integrum*.

Il caso osservato nell' ospedale di Stettino è il seguente: Emilio E. di 25 anni, ammalò nel principio del novembre del 1898 con fenomeni generali, a cui si aggiunsero ben presto forte diarrea e vomito. Si credette in principio che si trattasse di influenza. Poiché il suo stato peggiorava, si ricorse ad un omeopatico che con una polvere arrestò la diarrea. Nello stesso tempo si manifestò febbre remittente, con esacerbazioni serotine, che durò tutto il mese di dicembre. L'infermo era divenuto molto debole e cominciava a presentare disordini psichici ed a delirare. A poco a poco nel corso del mese di gennaio seguente la febbre scomparve, le forze si ripristinarono e l'infermo si levò da letto. Ritornato al lavoro nel mese di febbraio cominciò ad avvertire dolori al dorso ed alle gambe, e nel mese di marzo un giorno bruscamente si manifestarono violenti dolori nella parte inferiore della colonna vertebrale: l'infermo non potè più reggersi in piedi e messosi a letto, non vi si poteva muovere nè rizzarsi. In questo stato egli fu condotto all'ospedale. Stava in posizione rigida nel letto con le cosce alquanto flesse e le gambe retratte; ogni movimento del corpo era estremamente doloroso. solo gli arti inferiori potevano essere bene mossi. La funzione della vescica era normale: da parecchi giorni mancavano evacuazioni alvine. Sul dorso non si vedeva nulla di anormale. La sede principale del dolore era la porzione lombare della colonna vertebrale ed il sacro.

Non esisteva alcuna tumefazione in quei punti, nè arrossimento della pelle. Sensibilità integra. Riflesso patellare e cremasterico normali. Nel decorso ulteriore della malattia ci fu qualche elevazione febbrile: persistendo sempre i dolori, il riflesso patellare scomparve per qualche tempo per poi ricomparire; ma circa 20 giorni dopo l' accettazione dall' infermo nell' ospedale i dolori scomparvero e l' infermo fu in grado di levarsi, ma non poteva mantenersi ritto senza un appoggio, e camminava a gambe rigide fissando la colonna vertebrale. Il suo stato andò migliorando nei giorni consecutivi, ma spesso si presentavano dolori al sacro irraggiantisi alle gambe, e la porzione inferiore della colonna vertebrale era mantenuta rigida. Del resto l'infermo stava bene.

Questo caso concorda nella generalità con quello di **Quincke**, ne differisce in alcuni punti. L'anamnesi non fa per nulla dubitare che la malattia febbrile pregressa sia stata il tifo-addominale. Il quadro clinico costituitosi in seguito all' infezione differiva da quello di Quincke, perchè mancava la tumefazione della colonna vertebrale e della regione sacrale. Si può intanto supporre che questa tumefezione ci sia stata nei primi giorni di malattia prima dell'ingresso all'ospedale, e sia rapidamente scomparsa.

Movimento biologico universale

1. STEINHARDT pubblica 2 casi di « **paralisi cerebrale infantile.** » Il primo riguardava un bambino di 3 $^1/_2$ anni, che 9 mesi addietro era stato colto da febbre e convulsioni, a cui seguì emiplegia destra e perdita della parola. Poi i fenomeni regredirono in parte e la parola si ripristinò, residuando un'emiparesi ed un'emiatrofia destra. L'altro era un ragazzo di 8 anni e mezzo, che a 2 anni fu colpito da emiplegia destra la quale gradatamente migliorò. Da qualche tempo esso presenta segni di automatismo ambulatorio (*Nürnberger medicin. Gesellsch. und. Poliklinik*, tornata dal 1 giugno 1899),

2. WETZEL riferisce tre casi di « **siringomielia** ». Nel primo caso, oltre a deformazione delle dita esisteva lieve tumefazione delle palpebre superiori, paralisi della corda vocale di un lato, atrofia tipica dei piccoli muscoli della mano, assoluta mancanza della sensibilità nelle dita della mano. Nel secondo caso si notava atrofia bilaterale delle eminenze tenari, cianosi e mutilazione delle dita, ipertrofia ed atrofia delle falangi, termoanestesia ed analgesia di quasi tutte le dita, con perdita contemporanea della sensibilità tattile, perdita dei riflessi cutanei, esagerazione unilaterale del riflesso patellare, scoliosi. Nell' ultimo caso si avevano, oltre a disordini bulbari e dei riflessi, atrofia dei muscoli innervati dalla parte superiore del plesso brachiale, disordini caratteristici della sensibilità e disordini trofici nella cute del torace e nelle mani. Gli arti inferiori presentavano i segni di lieve paresi spastica (*Münchener medicinische Wochenschrift* n. 35, 1899).

3. JASTROWITZ pubblica due casi di « **corea** » accompagnata da disturbi psichici. Questi infermi, prima di insorgere i movimenti coreici, avevano avuto degli accessi di reumatismo, per cui si sarebbe in presenza di una forma di corea acuta reumatica. L'autore ritiene che forse la corea si abbia in seguito ad una infezione mista di natura reumatica e piemica (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

4. HUISMANS riferisce un caso di « **meningite basilare traumatica.** » Si tratta di un fattorino postale, il quale, cadde, durante le manovre della ferrovia, e diè la testa contro le pareti del vagone.

Momentaneamente non ne risentì gran dolore, dopo otto giorni cominciò ad avvertire una forte cefalea, un po' di febbre e improvvisamente divenne amaurotico dall'occhio destro e la visione del sinistro andò molto al disotto del normale. Leggero nistagmo. Si era in presenza di fatti di neurite ottica. Dal naso veniva fuori un po' di pus. Dopo l'uso del joduro di potassio si ebbe una miglioria progressiva sino alla guarigione. Certamente si aveva avuta una frattura della base del cranio, lieve, che aveva dato quei fatti di meningite (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

5. D'ALESSANDRO fa delle osservazioni cliniche e sperimentali « **su un caso di cisti di echinococco del fegato, operato col processo Lindemann-Landau** ». L'ammalata è una ragazza di 11 anni. Egli fa rilevare la bontà del metodo Lindemann-Landau (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, fasc. 15, 15 agosto 1899).

6. FALK porta un contributo allo studio del » **ricambio materiale nelle ovariotomizzate.** » Egli ha sperimentato sulle cagne, e ha visto come togliendo alle medesime le ovaie si ha una diminuzione dei fosfati dell'urina (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 34, 22 agosto 1899).

7. SCHAEFFER, di Heidelberg, porta un contriauto alla conoscenza della funzione e della struttura della portio vaginale e dei fornici, trattando come punto di partenza dell' « **ectropion artificiale del collo, provocato dal pessario.** » Ciò avviene nei casi di *descensus uteri*, in cui si consiglia da alcuni il pessario. Val meglio ricorrere alla isteropessi o alla vagino-fissazione uterina. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 33, 15 agosto 1899).

8. HAHN, a proposito dei « **traumatismi addominali** », cita due casi da lui osservati facendo notare come l'intervento oculato e rapido, (laparotomia), salva il paziente da morte quasi sicura. (*Münch. medic. Woch.*, n. 33. 15 agosto 1899).

9. RIEDL si occupa della cosiddetta « **operazione precoce nell'appendicite purulenta o gangrenosa** ». Egli è seguace di questa operazione, che trova indicata appena si manifesta un tumore acutamente, con febbre e frequenza del polso. Nell'appendicite purulenta si trova pus già dopo 12-24 ore. E' importante per la diagnosi del tumore l'esame durante la narcosi e per la via del retto, perchè il tumore può anche aver sede nel piccolo bacino, nel quale caso si hanno dolori attorno all'ombelico. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 34, 1899).

10. SCHUCHARDT si occupa dei «**carcinomi rettali e della loro estirpazione** ». L'atto operativo oltre ad avere una certa importanza è grave in quanto spesso non premunisce dalle recidive. Bisogna per tanto estirpare tutte le ghiandole linfatiche ipertrofizzate che si incontrano, ed in certi casi (carcinomi cutanei dell'ano, e carcinomi mucosi della parte perineale del retto) si debbono anche asportare le ghiandole inguinali ingrossate. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

MALATTIE INFETTIVE

LA ETIOLOGIA DELLA FEBBRE GIALLA

Riassunto della Relazione della Commissione dei Medici Ufficiali dell'Ospedale di Marina, inviati dal Presidente degli Stati Uniti a investigare la causa della Febbre Gialla.

(Nostra corrispondenza particolare)

Il giorno 8 novembre 1897, il Chirurgo militare Wasdin e l'Assistente Chirurgo, entrambi batteriologi e chiamati « esperti » ed immuni nella febbre gialla furono inviati dall'autorità del Ministro del Tesoro e del Presidente a investigare la natura di tal morbo nell'Avana. La relazione intiera che porta la data del 10 luglio 1899, è stata data alle stampe e sarà quanto prima pubblicata separatamente.

La relazione contiene il lavoro della Commissione che ha studiato profondamente le conchiusioni del prof. Sanarelli di Bologna (Italia) sul bacillo icteroide come causa della febbre gialla, e conchiude essa pure che il famoso scienziato ha isolato il vero germe del terribile flagello. . ...

La conchiusione è basata su d'un attento studio batteriologico, condotto a termine nel laboratorio dell'Ospedale di Marina, nell'Avana, perfettamente provvisto di tutto, su 22 casi di febbre gialla, la cui diagnosi venne appoggiata dall' opinione dei medici del paese, pratici nella materia.

Tutti questi casi furono visti durante il progresso della malattia, ed in 14 di essi la Commissione fu completamente d'accordo nella diagnosi.

Ogni caso era soggetto ad un accurato esame batteriologico prima e, possibilmente, dopo la morte. Esso consisteva nell'estrarre del sangue sotto una asepsi rigorosa e raccoglierlo in tubi sterilizzati. Diluito poscia in brodo di carne peptonizzato, dopo una incubazione di 24 ore, sviluppato, veniva passato in nuovi tubi di brodo, dai quali dopo 24 ore venivano fatte delle inoculazioni, in serie, nelle lastre di Petri, dalle quali gli organismi presenti nel sangue venivano isolati in culture pure e studiati. Dopo isolato ciascun organismo esso era sotoposto all'esame in tutti i mezzi nutritivi indicati da Sanarelli, e finalmente se ne esperimentava il potere patogenico negli animali.

In 14 casi di febbre gialla la commissione isolò 13 volte il bacillo icteroide e nell'unico caso in cui questo sfuggì alle ricerche, esso fu isolato da un'altro osservatore presente alla necroscopia.

Cosicchè la percentuale la più alta fu conseguita nell'isolare il bacillo, in tutti i 14 casi studiati. Nei casi non diagnosticati come febbre gialla il bacillo di Sanarelli non fu mai trovato.

Dal sangue degli ammalati, estratto non prima del 3° giorno della malattia, il bacillo fu isolato 12 volte, ed in due altri fu ottenuto dopo la morte.

La Commissione aveva isolato a New-Orleans, nell'epidemia del 97 lo stesso bacillo con una percentuale dell' 83, 33 0[0, aveva praticato delle culture all' autopsia. Di modo che essa stabilì l' identità del bacillo isolato in New-Orleans e quello isolato nell'Avana.

Come controllo la Commissione fece un accurato esame batteriologico in cadaveri d'individui morti d'altre malattie; alcuni della « Morgue » della città, alcuni dell'Ospedale spagnuolo; in tutto 31 cadaveri attentamente studiati.

Il bacillo icteroide non si rinvenne mai. Nello nello stesso tempo si studiarono nell'Avana diversi ammalati dai quali si estrasse sangue con lo stesso metodo con cui si era proceduto nei 14 ammalati di febbre gialla, ed il bacillo icteroide non si trovò mai.

Tutti i cadaveri esaminati. spesso molte ore dopo la morte, presentarono colonie di varii organismi, meno uno, in cui durante la necroscopia fu anatomicamente trovata la febbre gialla, e completamente sterile. In nessuna degli esami antecedenti fu trovato il bacillo icteroide, nè nel sangue, nè nelle feci, nè nell' urina. Perciò la Commissione deduce che il microbio Sanarelli si trova solamente in organismi infermi o morti di febbre gialla, stando d'accordo nel fatto che in molti ammalati non si è potuto isolare dal sangue, e che nel cadavere non può trovarsi, ma in « certe determinate condizioni ».

Contemporaneamente alle esposte osservazioni, la Commissione procedeva allo studio della patologia comparata, per determinare il modo con cui il germe penetra nell'organismo, in che modo vi sviluppa le sue colonie, il potere tossico e la distribuzione negli organi dopo la morte.

Si fecero numerosi ed interessanti esperimenti sugli animali di cui la Commissione disponeva abbondantemente; topi, cani, cavie, conigli, gatti, scimie, tutti suscettibili alla infezione artificiale prodotta da inoculazioni sottocutanee, peritoneali ed endovenose. Nello stesso tempo la Commissione esaminò i risultati ottenuti con le inoculazioni di cultura e di toxina del bacillo « x » di Sternberg, del bacillo di Havelburg, e del bacillo *coli communis* che si mostrarono tutti patogeni negli animali, quantunque la toxina del bacillo icteroide si fosse mostrata tra tutte la più poderosa.

Inoltre non essendo del tutto convinti dalla patologia sperimentale studiata nelle opere pubblicate dal Sanarelli, essi pensarono di sottoporre gli animali in « condizioni d'infettarsi naturalmente », e ciò per determinare non solo che il bacillo icteroide è patogeno, ma anche, e particolarmente, specifico.

In questo riassunto il bollettino ufficiale non dà particolari nel modo come abbia la Commissione proceduto per collocare gli animali in condizioni d'infezione naturale. Certo però che essa conchiude sull'assoluta innocuità del bacillo coli commune, del bacillo « x » e del bacillo Havelburg, anche con il più suscettibile degli animali, mentre il bacillo icteroide produce in relazione della scala zoologica risultati non solo patogeni ma naturalmente specifici.

Riservandomi di farne una relazione più dettagliata quando tutta la memoria vedrà la luce, espongo le conclusioni della Commissione, così come il bollettino ufficiale le ha pubblicate:

1. Il microrganismo scoperto da Giuseppe Sanarelli, dell' Università di Bologna, e da lui chiamato « bacillo icteroide » è la causa della febbre gialla.

2. La febbre gialla è naturalmente infettiva in certi animali; il grado varia con la specie: essendochè in alcuni roditori l'infezione locale è subito seguita da infezione nel sangue, e mentre nei cani e nei conigli non havvi prova di tal consecutiva invasione del sangue, le scimmie reagiscono alla infezione allo stesso modo che reagisce la razza umana.

3. La infezione ha luogo per le vie respiratorie, e le prime colonie che ivi si formano dànno luogo alle prime manifestazioni della malattia.

4. In molti casi della malattia, probabilmente la maggior parte, l'infezione primitiva nei polmoni é é seguita da « secondaria infezione » o secondaria formazione di colonie dello stesso bacillo icteroide nel sangue dell'ammalato. Questa secondaria infezione può essere complicata da un contemporaneo passaggio di altri organismi nel sangue, e questa complicazione può sorgere nelle ultime ore di vita.

5. Che non v' ha prova per sostenere la teoria emessa dal Sanarelli, che cioè questa malattia sia primieramente una setticemia, in quanto che si presentano casi in cui il bacillo icteroide non si può trovare nel sangue o negli organi.

6. Non esiste nessuna relazione causale tra il bacillo « x » di Sternberg e questa malattia altamente infettiva; laddove il bacillo « x » si trova con frequenza nel contenuto intestinale dell'uomo e di altri animali sani, come pure nell' urina e nella secrezione bronchiale.

7. Malgrado attente ricerche, il bacillo icteroide non si é trovato mai in altri organismi non attaccati da febbre gialla, e quantunque biologicamente presenti in alcune culture somiglianza con altri organismi esso è caratterizzato da specificità «che lo distingue».

8. Il bacillo icteroide è suscettibilissimo alle influenze nocive alla vita dei bacteri in generale, ed è positivamente stabilito che può esser dominato dai processi di disinfezione chimici e fisici.

9. Il bacillo icteroide produce « in vitro » e « in

vita » una toxina poderosissima, e dalle attuali «cognizioni è presumibile ottenere un siero più potente di quello che il prof. Sanarelli ha ottenuto sinora.

New-York, 20 agosto 1899.

Dr. Felix Vitale

NOMENCLATURA MEDICA

I NOMI PROPRII IN MEDICINA INTERNA

Pick (Malattia di): pseudo-cirrosi secondaria alla pericardite adesiva; si tratta di una specie di fegato cardiaco che può simulare un'affezione primitiva del fegato.

Pitres (Segno del nastrino del): un nastrino teso dal mezzo della forchetta sternale alla sinfisi del pube non taglia più il torace in due parti eguali; serve a mettere in evidenza l'ampliamento di un lato del torace, particolarmente nei versamenti pleurali.

Playfair (Cura di): (v. Weir-Mitchell).

Porter (Segno di): (v. Oliver).

Potain (Congestione pulmonare del tipo del): sintomi che possono simulare la pleurite e la congestione pleuro-pulmonare.

Potain (Sindrome del): insieme di manifestazioni cardio-pulmonari (dispnea, dilatazione del ventricolo destro con rinforzo del II tono pulmonare) che si osserva durante il lavoro della digestione nei gastrectasici.

Priessnitz (Cura di): inviluppi umidi per combattere l'ipertermia o l'infiammazione.

Quincke (Puntura lombare del): puntura dello spazio sub-aracnoideo praticata nella regione sia a scopo diagnostico che terapeutico per diminuire la tensione del liquido cefalo-rachidico.

Quincke (Polso capillare del): alternative di pallore e di rossore che si osservano a livello della lunula quando si comprime il margine libéro dell'unghia, nell'insufficienza aortica.

Quinquaud (Patereccio del): affezione d'origine nevropatica, che differisce dalla malattia di Morvan per il fatto che essa è dolorosa, non s'accompagna mai a fenomeni paretici e non produce ordinariamente la necrosi della falange.

Rasori (Metodo del): cura della pulmonite con l'emetico a dosi frazionate.

Raynaud (Malattia di): necrosi dei vaso-motori, che, producendo dei disturbi di vascolarizzazione delle estremità degli arti, dá luogo, secondo la sua intensità, ad un semplice pallore della pelle (sincope locale), alla cianosi (asfissia locale) ed anco alla gangrena.

Recklinghausen (Malattia di): neurofibromatosi generalizzato, caratterizzato da tumori fibrosi della pelle e dei muscoli, da macchie pigmentarie della pelle e da disturbi nervosi (apatia, indebolimento intellettuale, crampi. diminuzione della sensibilità).

Reichmann (Malattia di): ipersecrezione continua di un succo gastrico attivo (gastro-succorrea o ipersecrezione protopatica).

Remak (Paralisi del): tipo in estensione della paralisi saturnina: le dita sono estese sulla mano e questa sull'avambraccio.

Remak (Segno di): disturbo della sensibilità nei tabetici: consistente in ciò che una sola eccitazione dà origine a molte sensazioni successive.

Revilliod (Fenomeno di): impossibilità, nell'emiplegia organica, di chiuder l'occhio dal lato paralizzato senza chiudere nello stesso tempo l'altro sano. Questo fenomeno non si riscontrerebbe nell'emiplegia corticale, ma nell'emiplegia da lesione intra-emisferica.

Riga (Malattia di): produzione aftosa sub-linguale osservata nei poppanti in Italia e determinante una cachessia mortale.

Riegel (Sindrome di): associazione di disturbi respiratorii simulante l'asma con tachicardia.

Rivolta (Malattia di): actinomicosi.

Robin (Cura di): metodo tendente ad assicurare nella febbre tifoide l'ossidazione e l'eliminazione delle scorie organiche incompletamente ossidate.

Rokitansky (Malattia di): atrofia gialla acuta del fegato.

Romberg (Malattia di): trofonevrosi facciale caratterizzata da atrofia delle parti molli ed ossee d'una metà della faccia (aplasia laminare).

Romberg (Segno di): sintoma frequente nei tabetici, paralitici. consistente in ciò che l'ammalato vacilla e cade anche, se gli si ordina di tenersi all'impiedi, i piedi uniti e gli occhi chiusi.

Rommelaere (Legge di): esistenza costante dell'ipoazoturia nei cancerosi.

Rosenbach (Segno di): persistenza del riflesso addominale, malgrado l'anestesia cutanea, nell'emiplegia isterica e sua abolizione nell'emiplegia organica.

Rosenbach (Sintoma di): impossibilità che prova la maggior parte dei nevrastenici a tenere le palpebre immobili, quando si comanda loro di chiudere fortemente gli occhi.

Rosenbach (Sindrome di): varietà di tachicardia parossistica, nella quale i disturbi gastrici si associano ai disordini cardiaci.

Rosenheim (Segno di): sfregamento percepito all'ascoltazione nell'ipocondrio sinistro nei casi di perigastrite fibrosa

Rossbach (Malattia di): nevrosi dello stomaco:

Roth (Malattia di): fenomeni dolorosi, esagerati dalla stazione eretta e localizzati nel territorio del femoro-cutaneo esterno (meralgia parestesica).

Rougnon-Heberden (Malattia di): angina di petto.

Rummo (Malattia di): anomalia congenita del sistema connettivale elastico, in ispecie vasale (ugropatia), caratterizzata da ptosi cardiaca, spesso

accompagnata da enfisema, varici agli arti inferiori, tendenza alle emorragie del cavo naso-faringeo (cardioptosi).

Rummo e A. Ferrannini (Malattia di): genito-distrofia congenita caratterizzata da facies angolosa, senile, pelle giallastra, inelastica, grinzosa, voce di falsetto, atrofia testicolare (geroderma genito-distrofico o senilismo)

Rummo-Homen (Segno di): tremore fibrillare delle palpebre particolarmente nei basedowiani.

Runeberg (Anemia perniciosa del tipo del): forma presentante delle remissioni.

Rust (Malattia di): tabe con lesioni localizzate alla regione cervicale.

Sander (Malattia di): paranoia sistematica originaria, o delirii sistematizzati dei degenerati.

Sauvineau (Oftalmoplegia del): paralisi del retto interno d'un lato e spasmo dell'esterno dell'altro: l'inverso dell'oftalmoplegia del Parinaud.

Schmucker (Fomento refrigerante dello): lozioni fredde con una soluzione di salnitro, di sale ammoniaco e di aceto nell'acqua destinate a combattere l'ipertermia.

Schott (Cura di): esercizii ginnastici e bagni minerali nella degenerazione grassa del cuore.

Schroth (Metodo di): cura dei versamenti pleurali con la dieta.

Schüle (Segno di): contrazione del frontale producente nei lipemaniaci un insieme di rughe parallele, situate alla radice del naso e ricordanti la lettera ω (omega melanconico).

Schweiner (Cristalli di): (v. Charcot-Leyden).

Sciolla (Metodo di): uso delle pennellazioni di guaiacolo come antipiretiche.

Seegen (Cura di): regime per la cura del diabete.

Sehrwald (Metodo di): iniezione diretta nella trachea di antisettici nella tisi.

Seiller-Garcin (Metodo di): inalazioni di acido fluoridrico nella tisi.

Sibson (Incisura di): deformazione della ottusità cardiaca nei versamenti pericardici, all'unione del $^1/_3$ medio con il $^1/_3$ superiore del suo margine sinistro (*matitè en brioche*).

Sieur (Segno di): suono argentino, nei versamenti pleurali, ascoltato mentre si percuote dal lato diametralmente opposto con due monete.

Simon (Sintoma di): tipo respiratorio della meningite tubercolare, caratterizzato dall'immobilità od anche retrazione dell'ombelico nell'ispirazione: fenomeno dovuto al difetto di sinergia dei movimenti respiratorii toracici ed addominali.

Skoda (Suono di): timpanismo esagerato al di sopra dei versamenti pleurali (skodismo).

Stellwag (Segno di): abolizione dell'ammiccamento delle palpebre, provocato dell'esoftalmo nei basedowiani.

Stokes (Polso di): caduta brusca della pressione arteriosa dopo il passaggio dell'onda sanguigna (*pouls dèfaillant*) nell'insufficienza aortica.

Stokes-Adams (Malattia di): polso lento permanente con attacchi apoplettiformi od epilettiformi.

Strauss (Segno di): comparsa più tardiva del sudore dal lato paralizzato, in seguito ad iniezioni di pilocarpina, negli individui con paralisi facciale grave di origine periferica.

Strümpell (Malattia di): encefalite emorragica primitiva acuta.

Sydenham (Corea di): corea volgare, detta anche corea reumatica o *chorea anglorum*.

Sylvester (Metodo di): per la respirazione artificiale.

Tchoudnovsky (Segno di): mormorio speciale dell'addome in ogni movimento respiratorio, nella pneumo-peritonite per perforazione intestinale con massimo d'intensità a livello della perforazione.

Thompson (Segno di): listerella rossa del margine gengivale nella tisi.

Thomsen (Malattia di): affezione ordinariamente ereditaria e familiare, caratterizzata da ipertrofia muscolare, specie agli arti inferiori, da una specie di rigidità dei muscoli che fa si che essi non si rilasciano dopo che un movimento volontario si è compiuto ma restano come tetanizzati per un certo tempo (miotonia congenita).

Thornton (Segno di): violento dolore al fianco nella litiasi renale.

Todd (Metodo di); cura della pulmonite ed in genere delle infezioni acute con l'alcool.

Trauube (Doppio tono del): percepito all'ascoltazione delle femorali negli aortici, senza esercitare compressione con lo stetoscopio:

Troisier (Ganglio del): ganglio sovra-clavicolare nel cancro gastrico o intestinale.

Trousseau (Punto del): dolore localizzato nelle nevralgie, immediatamente al di sotto dell'apofisi trasversa corrispondente al nervo interessato (punto apofisario).

Trousseau (Segno di): possibilità di provocare nella tetania un nuovo accesso comprimendo un fascio neuro-vascolare in un punto facilmente accessibile (il nervo mediano nella doccia bicipitale, per es.).

Valleix (Punti del): punti dolorosi sul tragitto di ogni nervo per la nevralgia corrispondente.

Valsalva (Metodo di): cura degli aneurismi con i salassi ripetuti e con una dieta rigorosa.

Valsuani (Malattia di): anemia perniciosa progressiva delle gravide o delle donne che allattano.

Vigoroux (Sintoma di): v. Charcot-Vigorona).

Voltolini (Malattia di): affezione febbrile dei bambini, caratterizzata da sordità bilaterale e da sintomi meningei e labirintici. Lo stadio acuto diminuisce generalmente a capo di pochi giorni, ma la sordità persiste, e può produrre il mutismo, secondo l'età dell'individuo. Sussistono talora dei disturbi della deambulazione.

Vulpian (**Amiotrofia del tipo del**): atrofia mielopatica, analoga all'atrofia Aran-Duchenne, ma che affetta fin da principio le radice degli arti.

Weber (**Sindrome di**): paralisi dell'oculo-motore d'un lato, associata all'emiplegia del lato opposto, caratteristica di una lesione della parte posteriore ed interna del piede del peduncolo cerebrale, interessante l'emergenza del III paio.

Weigert (**Cura di**): inalazioni d' aria iper-riscaldata nella tisi.

Weil (**Malattia di**): ittero infettivo di media intensità, con estrema tendenza alle recidive.

Weir-Mitchell (**Malattia di**): affezione di natura indeterminata, manifestantesi con violenti dolori ai piedi, più raramente alle mani, con tumefazione, rossore e battiti vascolari della parte colpita (eritromelalgia); i dolori sono intermittenti sovratutto notturni. Vi sono predisposti gli uomini dedicati a lavori manuali penosi.

Weir Mitchell (**Cura di**): per la neurastenia: riposo a letto con immobilità assoluta, iperalimentazione, elettricità e massaggio.

Weiss (**Segno di**): aumento dell' eccitabilità meccanica del nervo facciale nella tetania.

Werlhof (**Malattia di**): porpora emorragica,

Wernicke (**Afasia di**): sordità e cecità verbale (afasia sensoriale).

Wernicke (**Segno di**): in un soggetto con emianopsia bilaterale omonima, la reazione pupillare non si produce, quando un raggio colpisce la metà cieca della retina, che se la lesione interessa le vie ottiche al di là del talamo. Nel caso contrario non si ottiene reazione sa non alla condizione d'impressionare la metà sana della retina.

Westphal (**Contrazione paradossale del**): fenomeno inverso al clono del piede e consistente in ciò che la flessione forzata del piede produce delle scosse cloniche, non nei muscoli del polpaccio, ma in quelli della regione anteriore della gamba. Si osserva nella tabe, sclerosi a placche, paralisi agitante, isterismo, alcoolismo cronico.

Westphal (**Nevrosi di**): forma d' isterismo simulante la sclerosi a placche.

Westphal (**Segno di**): abolizione del riflesso patellare nella tabe, paralisi generale, paraplegia flaccida, ecc.

Whytt (**Malattia di**): idrocefalia.

Wichmann (**Asma di**): laringite stridula.

Williams (**Suono tracheale di**): suono timpanico che si ottiene percuotendo la regione sottoclavicolare tutte le volte che il tessuto polmonare è aumentato di densità i vasti versamenti pleurali epatizzazione, ecc.),

Willis (**Asma convulsivo di**): asma accessionale subitaneo dovuto ad una affezione dei nervi intercostali.

Willis (**Malattia di**): diabete glicosurico.

Winkel (**Malattia di**): affezione che colpisce i neonati caratterizzata da agitazione con rifiuto di prendere il seno; aspetto cianotico della pelle, diarrea, vomito; il sangue è brunastro e spesso (malattia bronzina ematica). Essa evolve senza febbre e si manifesta talvolta sotto forma epidemica; è sempre mortale.

Wintrich (**Segno di**): tonalità elevata del suono alla percussione di una cavità polmonare (caverna, voluminosa bronchiectasia), allorquando la bocca è aperta.

Woillez (**Malattia di**): congestione pulmonare a forma pneumonica.

Wolf (**Metodo di**): cura delle discinesie professionali, particolarmente del crampo degli scrivani, con il massaggio ed una ginnastica appropriata.

Zimmerlin (**Amiotrofia del tipo del**): forma d'atrofia muscolare progressiva, d' origine miopatica, che colpisce esclusivamente, almeno per un periodo di tempo assai lungo, la parte superiore del corpo (tipo scapolo-omerale). Essa non differisce dal tipo giovanile dell' Erb se non per l'assenza di degenerazione grassa nei muscoli atrofici.

FORMULARIO

Emulsione cremosa di olio di fegato di merluzzo

Olio di fegato di merluzzo. . .	gr.	500
Zucchero pestato fino	»	190
Gomma arabica polverata . . .	»	5
Gomma adragante	»	500
Infuso di caffè	»	200
Rhum o kirsch.	»	100

2 cucchiate prima di ogni pasto.

Martz. **Preparazioni a base di litina nella diatesi urica, nella gotta, nel reumatismo cronico e nel diabete.**

1. Carbonato di litina	cgr.	20

per una cartina. Da prendere una cartina alla mattina e una alla sera in un gran bicchiere di limonata gassosa.

2. Carbonato di litina.	ctgr.	20
Acido benzoico	»	10
Bicarbonato di sodio	»	50

per una cartina. Una cartina alla mattina e una alla sera.

3. Carbonato di litina	ctgr.	10
Arseniato di sodio	mlgr.	2
Estratto di genziana	ctgr.	10

per una pillola. Da due a quattro pillole *pro die.*

4. Benzoato di litina	ctgr.	10
Benzoato di sodio	»	50
Salolo	»	50

per una cartina. Da 2 a 4 cartine *pro die.*

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste

Oporto, 4.—Ieri vi fu un decesso e nessun nuovo caso di peste.

A tale proposito scrivono da Madrid alla *Tribuna :*

« I dottori Mendoza e Pino—inviati dal governo, due settimane addietro, ad Oporto, per studiarvi i casi di peste ivi presentatisi—sono ritornati ieri

a Madrid; e, pur riservandosi di presentare una minuziosa relazione circa il risultato della missione loro affidata, hanno dichiarata improbabile che dopo le misure prese la peste si propaghi alla Spagna ».

Telegrafano da Oporto alla *Stampa* che una deputazione di medici portoghesi si recò a salutare i colleghi italiani, invitandoli ad esperimentare il siero antipestifero.

Iersera vi fu una bicchierata. Il dottore Orzoleia inneggiò ai medici e alla scienza italiana. Gli rispose Gosio, direttore dell'ufficio di sanità di Roma.

Alessandria d'Egitto 4.—Si è verificato un nuovo caso di peste.

Parigi, 5—Telegrafano da Oporto che la peste è in decrescenza. Nondimeno i principali negozi continuano a rimanere chiusi. Il Governo studia i mezzi per salvaguardare gli interessi dell'industria e del commercio, paralizzati dalle misure sanitarie.

Berlino, 5—La *Nord deutsche allgemeine Zeitung* annunzia che i professori Kassel e Frosch sono andati in Portogallo con incarico del Governo di studiare la peste e le misure prese dal Governo per combattere l'epidemia.

Oporto, 5 — E' arrivato ieri sera il dottore Calmette, delegato dall' istituto Pasteur di Parigi: giunse pure da Roma il dottore Gosio. Entrambi, insieme agli altri medici italiani, si sono recati a visitare l'ospedale dove sono raccolti malati di peste.

Oporto. 5.—Ieri vi furono tre casi e un decesso.

La bocca ed il mento delle donne

Il dottor Weingarter ha scritto da poco tre volumi per dimostrare che studiando attentamente la bocca ed il mento delle figlie di Evà, si conosce perfettamente il loro carattere. Mento rotondo' leggermente peloso, ornato di fine lanugine con la fossetta: carattere con poca forza di volontà, amore dei piaceri e delle frivolezze; tipo di donna cortese, affettuosa, di cuore buono, servizievole, ma stravagante, bisbetica, capricciosa.

Mento piccolo, mobile, un po' sporgente, è segno di una volontà forte; più imaginazione che cuore; desiderio di primeggiare, misto di sentimentalità e di senso pratico con gelosia intercalata nel testo.

La bocca piccola, con le labbra moderatamente carnose, il labbro superiore in lieve sporgenza, è distintivo di un cuore freddo, di un carattere sospettoso, di poco sentimento, di temperamento calmo e riflessivo, d'orgoglio, d'ambizione e d' egoismo. La bocca di giuste dimensioni denota tutto l'opposto.

Ecco qui un nuovo campo per gli studiosi.

Per il ciclismo

Sigfried, a proposito, della mania ciclistica sempre crescente. si occupa un po' dello studio della meccanica e della fisiologia di questo genere di sport, tanto in voga oggi giorno. I muscoli che lavorano dippiù sono certamente quelli della coscia e della gamba. ma anche un po' quelli dell'arto superiore. Però andando in bicicletta non si compie soltanto un lavoro muscolare periferico, ma anche un lavoro mentale, l'innervazione si perfeziona, il ricambio materiale si attiva, e le funzioni vegetative tutte risentono grandi vantaggi.

Borsa di studio per gli orfani déi sanitari italiani

É aperto un concorso per quattro Borse di studio di annue L. 300 a favore degli orfani poveri dei medici italiani.

A condizioni economiche uguali verrà data la preferenza agli orfani di padre e madre, rimanendo in seconda linea gli orfani di solo padre.

Le Borse sono annuali e potranno però essere continuate ai sussidiati fino al termine del corso liceale o tecnico professionale quando il giovane comprovi legalmente sul finire dell'anno scolastico di avere subito *con distinzione* tutti gli esami dei corso senza dar motivi a lagnanze per la sua condotta.

Le Borse si pagano in due rate uguali: la prima alla metà dell'anno scolastico sovra dichiarazione comprovante che il giovine è regolarmente iscritto alla scuola e vi tiene buona condotta. La seconda alla fine dell'anno quando risulta che il sussidiato ha subito felicemente tutti gli esami e fu promosso alla classe superiore.

Il termine utile per la presentazione delle dimande scade il 20 settembre corrente e la decorrenza della pensione avrà principio col 1 novembre.

Tanto le domande quanto i documenti all' appoggio dovranno esser trasmessi al prof. Lorenzo Bruno — Torino, Corso Cavour 5.

GAZZETTINO

ROMA. *Per la sanità pubblica.* — Dal fondo delle spese impreviste sarà prelevato circa mezzo milione di lire pei provvedimenti sanitari.

Intanto il ministero dell'Interno ha diramato una nuova circolare ai prefetti, raccomandando loro la massima vigilanza perchè dappertutto siano rigorosamente applicate le disposizioni del regolamento sanitario.

ROMA. *Gli alienati e le leve di terra e di mare.* Il Ministero della marina ha disposto che quando si abbia la prova certa che un individuo ascritto alla leva sia stato affetto da alienazione mentale, esso deve essere riformato, anche se risulti apparentemente guarito. Un'analoga determinazione prenderà il Ministero della guerra; ciò perchè le guarigioni degli alienati non sono durature.

NAPOLI. *Esposizione d'igiene.*—Il Comitato esecutivo dell'Esposizione d'igiene presentò un progetto finanziario che venne approvato all'unanimità.

Il Comitato offrirà la presidenza onoraria dell' Esposizione al principe di Napoli.

TORINO 31. *Croce Rossa.* — Da Bologna giunse ieri a Bra l'ospedale della Croce Rossa, che prese sede nei locali delle scuole.

Il personale direttivo si compone del capitano dottor Pirro Bolognini, tenente Pezzetti, sottotenenti Grandi, Soccozzi e Giovannini e tenente commissario Boldrini.

Il 5 settembre l'ospedale è stato visitato dal conte Taverna, nonchè dal comm. Mazzoni ispettore medico di prima classe.

PADOVA, 6. *Due medici denunciati per omicidio.* — Vennero denunciati per omicidio colposo due medici, i quali avrebbero asfissiata, usando una dose troppo forte di cloroformio, una bambina d'anni 10, la quale doveva subire un'operazione per un'ernia.

Il fatto avvenne iersera a Masi.

PESARO. *Medico provinciale.*—È stato nominato il nuovo medico provinciale — esclusivo per la provincia nostra, il cui servizio era prima retto dal medico provinciale di Ancona—dott. C. Albertazzi.

VICENZA. *Pellagrosario.* — Fra qualche giorno si aprirà a Valstagna una locanda sanitaria per i poveri affetti da pellagra. Grazie alle prestazioni della Commissione provinciale contro la pellagra e grazie all'iniziativa dei Comuni altre locande sanitarie si apriranno al cominciar dell'autunno in altre località della provincia.

Il mezzo appare proficuo a combattere questo flagello che tra noi fa tanta strage.

CAMPOBASSO. *Lotta contro la tubercolosi.* — Per il grande impulso dato dal dott. Amerigo Benevento alla idea della lotta contro la tubercolosi anche in Campobasso. Si è costituito un Comitato provvisorio per la costituzione del Comitato provinciale della Lega nazionale presieduta dal prof. Baccelli. Speriamo che presto possa aversi la costituzione di questo Comitato e presto possa dar frutti, fra i quali il più desiderato la fondazione di un Sanatorio per i tisici poveri della provincia.

BERGAMO. *Per combattere la tubercolosi.* — Alla presenza del prefetto, dei presidenti della deputazione provinciale e dell'ospedale Maggiore e di notabilità mediche della città e provincia, in una ad alcuni membri del Consiglio direttivo della Poliambulanza medico-chirurgica stessa, promotrice della adunanza, dopo animata discussione venne approvato l'ordine del giorno presentato dal cav. avv. Bonomi del seguente tenore:

« L'assemblea, convinta della necessità di una « azione energica per combattere la diffusione della « tubercolosi ; ritenendo però in pari tempo che la « lotta contro la tubercolosi, per le condizioni pecu« liari della nostra provincia, debba essere fatta con « un sodalizio autonomo, e con personalità giuridica « propria ; nel mentre plaude alla iniziativa del Co« mitato centrale e fa adesione alla Lega nazionale « contro la tubercolosi; delibera di iniziare le pratiche « per la fondazione di un'opera bergamasca contro « la tubercolosi e, facendo assegnamento sul prezioso « concorso degli enti locali e dei cittadini, passa alla « nomina del Comitato che promuova la costituzione « della istituzione medesima ».

Il Comitato definitivo non venne nominato dandone l'incarico al Comitato provvisorio. Vennero distribuiti due opuscoli, l'uno sulla profilassi della tubercolosi del dott. Antonini e l'altro d'istruzioni popolari per la prevenzione della tisi polmonare e delle altre malattie tubercolari.

AREZZO: 31. *Croce Rossa.*—Ieri sera col treno di Firenze giunse fra noi l'ambulanza n. 8 (tipo Africa) della Croce Rossa Italiana. All'arrivo erano presenti il cav. dottor Giuseppe Mascagni presidente della sotto-sezione di Arezzo, con il segretario dott. Enrico Albergotti, il presidente della Compagnia di Pubblica assistenza cav. Luigi Occhini, unitamente al solerte segretario ragioniere Amerigo Guerrini, ed al Direttore Sanitario; vi era una rappresentanza comunale, il comandante dei pompieri ing. Aretini, l'ing. Tavanti, il dottor Buonagurelli per il Tiro a Segno e molti altri. Rese gli onori una squadra della Compagnia della Croce Bianca. Questa mattina alle ore 10. la detta Ambulanza ben montata, era esposta al pubblico. ma prima è stata visitata dalle Autorità, nonché dalle gentili signore marchesa Giustiniani presidentessa della Sezione Aretina della Croce Rossa e dalla vice-presidentessa signora contessa Laura Occhini-Digerini-Nuti. L'ufficiale dott. Biondi comandante di detta ambulanza, ha fatto una spiegazione di tutto quanto era esposto.

La sera all'Albergo « Vittoria » ebbe luogo una refezione ove furono invitati i componenti la detta Ambulanza. nonchè il vice-presidente della Croce Rossa di Firenze conte Alessio Pandolfini, ed il maggiore Beltrami, segretario.

AREZZO. *Croce Bianca.* — Nei giorni 8, 9 e 10 a cura delle signore Patronesse della Pubblica Assistenza la Croce Bianca ebbe luogo sotto i loggiati di Badia un'Esposizione-fiera a benefico del sodalizio. Tra i molti e splendidi doni regalati, debbo enumerare quelli di S. M. la Regina, della principessa di Napoli, della duchessa d'Aosta, delle signore Cesaroni, Collacchioni, Tettamanzi, Laura Occhini, dell'on. Severi, del prefetto Giustiniani, del sindaco avv. Duranti, del comm. Francesco Chigi e di tanti altri. È da sperarsi che il pubblico accorra numeroso per rendere completa quest'opera di beneficenza.

PRATO, 2. *Società di Pubblica Assistenza.* — Ieri sera nella sala « Medici » in piazza della Cattedrale ebbe luogo una adunanza provvisoria indetta allo scopo lodevolissimo di instituire anche in questa città una Società di Pubblica Assistenza.

I promotori di questa idea umanitaria erano: signori Targetti Alfredo, Corsani Mariano, Pierotti Carlo, Cavaciocchi Gino, Grazzini Giovanni, Papi Giovacchino, Cintolesi Giuseppe, Brogi Brunetto, Vannucchi Vittorio e Kinattieri Felice. Molti medici e cittadini hanno già aderito e si contano già 180 soci circa.

L'adunanza, alla quale molti erano intervenuti, era provvisoriamente presieduta dal notaro Camillo Dami. Nella medesima fra le altre cose vennero nominate due Commissioni, una allo scopo di compilare lo Statuto per la nuova Associazione, l'altra di incaricarsi di fare nuovi aderenti.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

LA PESTE
SIEROTERAPIA E VACCINAZIONE

La scoperta del bacillo della peste ha avuto per effetto l'introduzione di due metodi nuovi di cura e di profilassi della malattia. Uno ha per oggetto di guarire i malati mediante l'inoculazione di siero di animali immunizzati, allo stesso modo come si fa per la difterite. Il siero antipestoso è fornito dai cavalli a cui si sono fatte iniezioni ripetute di culture di peste morte o vive, oppure, secondo Lustig e Galeotti, inoculando agli animali la tossina della peste isolata mediante processi chimici. L'idea della vaccinazione antipestosa è più antica, perchè si è osservato da molto tempo il fatto che chi ha superato una volta l'infezione ne resta immune o se è nuovamente attaccato, l'infezione decorre in maniera molto mite. Ma i primi tentativi fatti dai medici per vaccinare contro la peste ebbero risultati deplorevoli. Così Cerutti inoculò 6 europei, di cui 5 ebbero la peste e morirono. Dussa nel 1810 ebbe parecchi insuccessi inoculando bambini egiziani. Dopo che fu trovato il bacillo della peste furono rinnovati con miglior successo i tentativi. Yersin ed i suoi collaboratori, Roux, Calmette e Bozzel furono i primi a cercare di immunizzare gli animali contro la peste e guarire quelli già colpiti. Tentarono diversi metodi e riuscirono ad immunizzare i conigli mediante inoculazioni di culture morte in seguito a riscaldamento a 58°. Ottenuti questi risultati essi allora immunizzarono dei cavalli ed ottennero un siero suscettibile di essere usato nell'uomo. Gli animali che forniscono il siero antipestoso nell'Istituto Pasteur sono sottoposti in principio ad iniezioni ipodermiche di culture uccise mediante riscaldamento a 70° per 1/2 ora, poi ad iniezioni intravenose delle stesse culture ed infine alle iniezioni di culture viventi. Si richiede almeno un anno, un anno e mezzo per ottenere un siero efficace, perchè le iniezioni di bacilli morti fanno ammalare gli animali e bisogna aspettare che essi si ristabiliscano per ripetere le iniezioni. Il tempo di immunizzazione varia secondo ogni animale. Il siero messo in uso preserva i topi alla dose di 1/20 di cmc., se esso è iniettato 12 ore prima della inoculazione virulenta che uccide sempre i topi in 2-3 giorni. Il siero guarisce i topi inoculati fra 16 e 20 ore alla dose di 1/2 cmc. Si adoperano i sorci per titolare il siero perchè questi animali muoiono sempre quando loro si inocula il bacillo della peste, e perchè essi possono essere collocati in vasi di vetro facili ad essere sterilizzati. Le esperienze fatte in India col siero antipestoso hanno dimostrato la sua efficacia nelle scimmie, in cui l'inoculazione del bacillo della peste produce una malattia perfettamente analoga a quella dell'uomo. Wyssokowicz e Zabolotny hanno potuto stabilire i seguenti fatti. Il siero di Yersin può guarire le scimmie ammalate quando la cura è stata iniziata quasi 2 giorni dopo l'iniezione sottocutanea e quando i sintomi della peste sono già manifesti. Il siero non è più efficace quando esso è iniettato più tardi, ossia 24 ore prima che muoiano le scimmie di controllo.

La quantità indispensabile di siero per ottenere la guarigione delle scimmie in media è di 20 cmc. di siero attivo al 10°. Se la quantità di siero iniettata è troppo piccola o se la cura si comincia troppo tardi, si può qualche volta ottenere la guarigione, ma spesso questa non è che apparente, potendosi verificare una ricaduta che è causa della morte degli animali dopo 15-17 giorni. I membri della commissione tedesca ottennero gli stessi risultati, almeno nel *macacus radiatus*.

I primi risultati ottenuti nell'uomo da Yersin in China col siero antipestoso furono molto incoraggianti, 26 ammalati curati col siero diedero 24 guarigioni in luogo della mortalità abituale del 90 0[0. Altri esperimenti furono fatti nel 1897 a Bombay dallo stesso autore con risultati soddisfacenti, sebbene inferiori a quelli della prima serie, ma è da considerare che la peste a Bombay era più grave che in China.

I risultati ottenuti dal siero di Yersin nell'uomo sono stati contestati da diversi autori. I membri della missione tedesca hanno fatto delle riserve e così pure quelli della missione austriaca, e quando Müller a Vienna fu attaccato dalla peste rifiutò l'inoculazione. Intanto Müller morì dopo 2 1/2 giorni, mentre il suo infermiere Pecha, colpito anche lui da pulmonite pestosa, sottoposto alle iniezioni di siero visse 10 giorni e mezzo. I medici inglesi, particolarmente Thomson, sono molto scettici a riguardo del siero. Nel 1898 due medici russi, Wigura e Jassenski fecero a

Bombay iniezioni di siero preparato a Pietroburgo con risultati poco soddisfacenti.

Il siero dell'istituto Pasteur è ottenuto con culture morte. Roux ha preparato il siero con una tossina solubile che uccide i topi alla dose di $^1/_{80}$ di cmc.; ma egli trovò questo siero meno attivo di quello di Yersin. Lustig e Galeotti hanno preparato sieri antipestosi inoculando ai cavalli la tossina pestosa ottenuta nel seguente modo: una cultura di bacilli di peste è messa a contatto per 12-24 ore con una soluzione di potassa caustica 0,75 0[0 od 1 0[0. Il miscuglio è poi trattato coll'acido acetico o cloridrico che dà un precipitato, il quale contiene la tossina pestosa. Questa uccide gli animali alla dose di 5-8 mmg. per 100 gram. di peso ed ha un potere immunizzante rapidissimo. Lustig ha sperimentato il suo siero in alcuni casi durante la prima epidemia di Bombay; Galeotti e Polverini ripresero le inoculazioni a Bombay nel 1898. Furono curati 175 malati e si ebbero 75 guarigioni (mortalità 75,1 0[0). La cura dà tanto maggiori probabilità di successo, quanto più presto essa si inizia. Essi guarirono tre casi di setticemia, perchè intervennero al primo giorno di malattia. Non sono mai riusciti a guarire la forma pneumonitica. La quantità di siero da loro iniettata negli adulti fu in tutto di 60-80 cmc., in dosi singole di 10-20 cmc. ripetute 2 volte il primo giorno e continuate nei giorni successivi. Quando si manifesta la crisi, si sospende l'iniezione. Il primo effetto della cura è l'abbassamento della temperatura per lo più di 1°-2°, qualche volta fino a 5°. Nello stesso tempo la lingua diventa più netta, il delirio diminuisce o sparisce, il cuore riprende forza, il polso si fa regolare e meno frequente. Le tumefazioni ghiandolari subiscono rapide modificazioni, diminuiscono di volume e diventano meno dolenti. Queste modificazioni concordano con una diminuzione rapida della virulenza dei bacilli della regione gangliare. La guarigione può essere rapida ed avviene per crisi; la convalescenza è di breve durata e decorre senza complicazioni.

Il siero antipestoso è pure dotato di un potere profilattico, come provano le esperienze di Yersin, Calmette e Bozzel nelle scimmie. Yersin cercò perciò di sperimentarne l'azione nell'uomo, inoculandolo 4500 individui che vivevano nel mezzo di un focolaio epidemico. Di essi soltanto 5 contrassero la peste ulteriormente, e 2 soli morirono. Dei 1160 inoculati da Simond solo 9 furono colpiti dalla infezione nei 30 giorni che seguirono all'inoculazione, e 5 morirono.

L'azione preventiva del siero antipestoso è di breve durata, non oltrepassa i 14 giorni ed è necessario ripetere l'iniezione dopo questo tempo. Le vaccinazioni come provvedimento generale non sono da raccomandarsi, ma sono utili per le persone che vivono in un focolaio di peste.

L'immunizzazione dell'uomo contro la peste è stata tentata pure per un'altra via: invece di usare il siero di animali immunizzati (immunizzazione passiva), si sono inoculati culture sterilizzate del bacillo della peste (immunizzazione attiva). È il metodo di Haffkine, analogo a quello dallo stesso autore adoperato contro il colera. Haffkine prepara il suo vaccino nel modo seguente. Un pallone della capacità di 2 litri viene riempito fino a metà di brodo, alla cui superficie si fa galleggiare del burro. Il brodo è sterilizzato, poi seminato con una cultura di bacilli, che si sviluppano a preferenza sul burro, inviando propagini in forma di stalattili verso la profondità. Si agita leggermente il pallone 5-6 volte al giorno, in modo da fare precipitare la maggior parte della cultura. Dopo un mese si esamina se la cultura è rimasta pura e si divide il liquido in tante provette che si riscaldano a 70° per un'ora. Il contenuto di questi tubi serve per le inoculazioni preventive, e se ne iniettano 3-3 $^1/_2$ cmc. nell'uomo, 2-2 $^1/_2$ cmc. nella donna, 1 cmc. nei bambini di più di 10 anni, 0,10-0,30 cmc. nei bambini più piccoli. Alcune ore dopo l'iniezione la temperatura del corpo si innalza, talvolta con brivido, fino a 40°; si ha malessere generale, abbattimento, cefalea. Il sito dell'iniezione è gonfio e dolente; talvolta anche i gangli corrispondenti si tumefanno. Questi sintomi, che ricordano quelli della peste al suo inizio, durano 12-24 ore. Haffkine sperimentò il suo metodo in 154 prigionieri del carcere di Byculla, nel quale nel periodo di circa 20 giorni si erano verificati 9 casi di peste, 5 mortali. Non si ebbero che 2 casi di peste seguiti da guarigione, mentre in 177 prigionieri non inoculati si ebbero nello stesso periodo di tempo 12 casi e 6 morti. Le vaccinazioni ripetute a Mora, Lower, Damann, Kirckeet ecc. da Haffkine e da numerosi medici inglesi e portoghesi confermarono i primi risultati. Anche la commissione tedesca composta di Koch, Gaffky, Pfeiffer ecc. emise un giudizio favorevole sul metodo di vaccinazione di Haffkine.

L'immunità conferita dal liquido di Haffkine è di più lunga durata di quella prodotta dalle inoculazioni di siero antipestoso; l'immunità dura per lo meno un anno. Le autorità in India sono concordi nel riconoscere l'efficacia delle vaccinazioni di Haffkine e le favoriscono.

E' evidente dice il Netter, che i risultati finora ottenuti sono suscettibili di miglioramento: si potrà ottenere un siero ed un vaccino più attivi e fissare meglio la durata della immunità. Come principio la siero-terapia antipestosa è ormai una quistione assodata, ed in pratica si può affermare che il siero antipestoso, inoculato nei primi giorni di malattia, diminuisce la mortalità, eccetto che nella forma pneumonitica. La vaccinazione, specie col metodo di Haffkine, conferisce l'immunità contro la peste: però secondo Netter, la generalizzazione della vaccinazione non deve

fare abbandonare gli altri metodi profilattici: provvedimenti di sorveglianza nei porti, isolamento dei malati, disinfezione. Si terrà inoltre presente che l'effetto delle vaccinazioni è di durata limitata e perciò debbono essere ripetute.

BIBLIOGRAFIA

Yersin, Calmette e Bozzel, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895. — Wissokowicz et Zabolotny, *ibid.* 1897. — Yersin. *ibid.* 1897. — Metschnikoff. *ibid.* 1897.— Haffkine. *Ind. med. Gaz.* 1897.—Haffkine. Experiment on the effect ecc. 1898.—Leumann. Report on preventive inoc. ecc. 1898. — Haffkine. Report on the preventive inoculations ecc. 1897. — Bennett e Bannermann. *Ind. med. Gaz.* 1899.—Netter. *La Presse mèdicale*, n. 71, 1899. — Galeotti. *Archives des sciences biologiques*, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II sezione chirurgica — Uomini

URETROPLASTICA E CHIUSURA DELL' ORIFIZIO VAGINALE IN UN CASO D'IPOSPADIA PERINEALE CON CRIPTORCHIDIA E VAGINA RUDIMENTALE BIFIDA.

Dottor Giuseppe Castellana
Chirurgo primario

(*Cont. — V. num. prec.*)

Classificazione dell'ermafroditismo.—Il Prof. Ch. Debierre, della facoltà di Medicina di Lilla, seguendo la classificazione di Hlebs distingue l'ermafroditismo vero, nel quale evvi coesistenza delle glandole genitali di ambo i sessi, e l'ermafroditismo falso od apparente che consisterebbe in una cattiva conformazione degli organi genitali esterni, e si chiamerebbe ermafroditismo falso incompleto, mentre sotto il nome di pseudo ermafroditismo completo comprenderebbe quei casi, in cui insieme alle glandule genitali di un sesso colle loro vie di escrezione si sono altresì sviluppate le vie di escrezione dell'altro sesso.

Sembra a me assai più esatto di chiamare col nome di ermafroditismo completo quello in cui vi é contemporaneo sviluppo delle glandule genitali dei due sessi e delle loro vie di escrezione, e di chiamare invece col nome di ermafroditismo incompleto quello in cui vi è solo sviluppo delle glandule genitali di un sesso e colle loro vie di escrezione e delle vie di escrezione dell'altro sesso. Riserberei infine il nome di ermafroditismo falso od apparente alla cattiva conformazione degli organi genitali esterni simulante un sesso diverso dal vero.

Diagnosi. — Dietro le precedenti considerazioni è facile stabilire la diagnosi del vizio di conformazione di Carmela, oggi Carmelo, Caponetto. Trattasi di un ermafroditismo incompleto, con prevalenza del sesso maschile, con ipospadia perineale, criptorchidia e vagina rudimentale bifida.

Sul modo di formarsi dell' ipospadia perineale. Sul vestibolo urogenitale specie di fossetta, la quale è costituita dal riassorbimento del tappo cloacale di Tourneax, ed in cui sbocca il seno uro-genitale od uretra posteriore, dall' angolo antero-superiore del tappo cloacale sorge a spese dell'ectoderma il tubercolo genitale o *phallus*. Sui lati di questo vestibolo si sviluppano due altre piegature cutanee, gli orletti genitali, che indietro si confondono col perineo. Il tappo cloacale derivante dalla membrana anale invia un prolungamento al tubercolo genitale, la cosidetta lamina uretrale di Tourneax. Riassorbito il tappo cloacale, al suo posto, nella parte che sta davanti al sepimento murale che ha diviso la cloaca, si forma una specie di fossetta detta vestibolo uro-genitale.

A somiglianza del tappo cloacale la lamina uretrale subisce un processo di riassorbimento dando luogo alla formazione di un solco, il quale indietro si continua sino allo sbocco del seno uro-genitale nel vestibolo dello stesso nome. Ai lati di questo solco si sviluppano due pieghe cutanee che vengono chiamate ripiegature genitali.

Mentre nella donna il tubercolo genitale si sviluppa poco ed il solco uretrale, per lo scarso sviluppo della lamina uretrale, non è appariscente; si sviluppano invece considerevolmente le ripiegature genitali, che rimangono divise e danno luogo alla formazione delle piccole labbra. Gli orletti genitali anch' essi rimasti indivisi danno luogo alle grandi labbra.

Nel sesso maschile il riassorbimento della lamina uretrale considerevolmente sviluppata dà luogo ad un solco profondo che percorre il pene, e che viene convertito in canale dalla saldatura delle ripiegature genitali; formando l'uretra spugnosa. Anche lungo il solco vestibolare che arriva sino allo sbocco del setto uro- genitale, od uretra prostatica, le ripiegature genitali si saldano per dar luogo all'uretra membranosa; costituendo in questo modo un canale continuo che arriva sino alla vescica. Nel maschio anche gli orletti genitali si saldano dando origine allo scroto.

Queste nozioni embriogenetiche sono neces-

sarie per spiegare il modo di formarsi della ipospadia perineale, in cui, se al posto della uretra peniena e membranosa evvi un semplice solco, non vi è traccia di ninfe, perchè il vizio di conformazione, lungi dal limitarsi al difetto di saldatura delle ripiegature genitali, è invece costituito dall'arresto di sviluppo delle medesime.

Gli orletti genitali non essendosi saldati presentano al contrario l'aspetto di grandi labbra.

Operazione. — Decisa nel mio ammalato la ricostruzione dell' uretra anteriore, ho accordato la preferenza al processo di Duplay su quello di Auger il quale non è altro che la applicazione all'ipospadia del 2° tempo del processo di Thiersch per l'epispadia.

Ho messo da parte quest' ultimo processo perchè il lembo impiantato sul solco uretrale e che deve arrovesciarsi sulla sonda per la sua superficie cutanea, corre il grave pericolo di mortificarsi, dando luogo ad un insuccesso operatorio non facilmente riparabile.

Il 5 settembre, con una incisione trasversale praticata alla base dell' asta, tagliai la spessa corda che obbligava l'asta a curvarsi. Per ottenere il raddrizzamento completo dovetti approfondare l'incisione sino a comprendervi lo stesso involucro fibroso dei corpi cavernosi. Ciò fatto avvicinai le labbra dell' incisione in senso longitudinale. Così gli angoli terminali della soluzione di continuo vennero a costituire il punto di mezzo della rima longitudinale, ed i punti di centro delle due labbra della ferita trasversale vennero a costituire rispettivamente i due angoli, superiore ed inferiore, della rima longitudinale, distando l'uno dall'altro centimetri quattro. Riunii prima con fili di catgut a punti staccati in senso longitudinale i bordi dell'involucro fibroso dei corpi cavernosi e con fili di seta ed a punti staccati riunii altresì longitudinalmente il resto della ferita. A causa delle erezioni che riuscirono a staccare qualche punto, l'unione per primam, malgrado la più accurata antisepsi, non fu completa. Cicatrizzata intieramente la ferita e reso sodo e resistente il tessuto cicatriziale, il 3 ottobre lateralmente al solco vennero praticate due incisioni longitudinali interessanti la pelle che, incominciando a breve distanza dall'orifizio uretrale, si estendevano attraverso alle grandi labbra, al pene, al prepuzio ed al ghiande; ed erano disposte lateralmente al solco uretrale alla distanza l'una dall' altra di poco più di un centimetro nell'uretra peniena ed alla distanza di due centimetri in corrispondenza delle grandi labbra. Vennero indi scollati leggiermente i bordi interni delle incisioni longitudinali, ed applicata una sonda piena di 18 mm. di circonferenza; i detti bordi vennero parzialmente rovesciati su di essa a mezzo di fili di catgut. Scollati lateralmente i bordi esterni delle incisioni longitudinali, vennero facilmente addossati fra di loro per tutta la loro lunghezza e riuniti l'uno coll' altro comprendendovi dentro la sonda. Al ghiande, al lato esterno delle due incisioni longitudinali, venne praticata alla Dieffembach un' estesa recentazione ed i bordi sanguinanti vennero riuniti alla Velpeau attorno alla sonda con fili di seta ed a punti staccati. A causa del distacco dei punti per la rottura dei bordi, determinata dalle erezioni, il risultato di quest' intervento chirurgico fu nullo al ghiande, al prepuzio ed al pene. Al di sotto del pene in corrispondenza delle grandi labbra si ottenne un tratto di uretra nuova della lunghezza di quattro centimetri circa.

Il 2 novembre dietro il completo rimarginamento delle ferite, mi accinsi una seconda volta alla ricostituzione dell' uretra peniena e balanica. Al pene ed al prepuzio ritornai a praticare le incisioni longitudinali alla Duplay. Il leggiero e parziale arrovesciamento attorno alla sonda piena della striscia mediana destinata a ricostruire l' uretra venne anche questa volta mantenuto a mezzo dei fili di catgut. A favorire un più largo scollamento e combaciamento dei bordi esterni delle due incisioni longitudinali venne praticata un' incisione trasversale alla base del pene, ed in alto il prepuzio venne scollato dal ghiande. Ottenni così due lembi quadrilateri, che affrontai largamente a mezzo di una doppia linea di sutura, comprendendovi dentro al solito la sonda piena di 18 mm. di diametro. Delle due linee di sutura l'esterna era continua, diretta in senso longitudinale e sostenuta da un lato e dall'altro da una striscia strettissima di tubo di gomma. La sutura più prossima al bordo dei lembi e quella dei bordi delle due incisioni trasversali sopra descritte era invece a punti staccati.

Nel ghiande, imitando il primo tempo del processo di Thiersch per l'epispadia, ai lati del solco uretrale approfondai due incisioni longitudinali dentro al tessuto spugnoso sino

oltre alla metà dello spessore di quest'organo, in modo da sospingere indietro la striscia longitudinale destinata a ricostruire l'uretra balanica, e da riunire in tutta la profondità attorno alla sonda i due lembi esterni del ghiande risultanti dalla doppia incisione longitudinale. Ma al settimo giorno, sempre per causa delle erezioni, i lembi balanici si sono staccati e nello staccarsi hanno prodotto altresì il divaricamento dell'angolo superiore del lembo quadrangolare, in corrispondenza cioè del prepuzio. Al ghiande, solo in corrispondenza del meato urinario, è rimasto unito un piccolo occhiello della lunghezza di quasi due millimetri, Si è intanto ottenuto la plastica dell'uretra peniena; ma alla base di questa al punto corrispondente all'incisione trasversale, che è servita alla formazione dei lembi quadrangolari, è rimasta una soluzione di continuo a causa del distacco dei punti determinato dalle erezioni.

Il 10 dicembre venne recentata la fistola labiforme formatasi alla base del pene, e che aveva il suo maggiore diametro in senso trasversale. I bordi recentati vennero uniti con punti profondi, conservando alla linea di sutura la direzione trasversale della superficie sanguinante.

Stimando difficile di ottenere più di quello che si era con grande stento conseguito, ed essendo d'altronde bastevole ai bisogni dello ammalato la ricostruzione dell'uretra perineale e peniena; lungi dall'insistere per una terza volta sulla ricostruzione dell'uretra balanica mi sono deciso di venire all'ultimo tempo dell'operazione alla Duplay, cioè al congiungimento dell'uretra posteriore coll'uretra anteriore di nuova formazione. Ciò posto, a cominciare dal margine posteriore dell'uretra neoformata, che venne recentato, ai lati del solco feci partire due incisioni longitudinali; le quali vennero a congiungersi, formando un ovale attorno all'orifizio dell'uretra posteriore. A rendere più facile questo tempo dell'operazione fu necessario incidere per un centimetro la forchetta in senso longitudinale. Scollati leggermente i bordi interni delle due incisioni longitudinali e dell'ovale circuente l'orifizio uretrale, fu facile riunire questi bordi, comprendendovi dentro un catetere di mm. 18. In un piano più superficiale vennero riuniti i bordi esterni delle due incisioni largamente scollati. L'apertura vaginale, ingrandita posteriormente, venne tamponata con garza al iodoformio. Tre giorni dopo quest'ultimo intervento ebbi la dispiacevole sorpresa di constatare che i punti che fissavano la rima risultante dalla recentazione della fistola labiata che si era formata alla base del pene si erano staccati, trasportando seco il lembo da essi compresi.

Ne risultò un'apertura losangica, il cui grande diametro diretto longitudinalmente misurava cm. 3 1[2. Tolto il catetere si è trovato che dall'apertura vaginale sgocciolava dell'urina, e che dell'urina sgocciolava altresì da due piccolissime aperture fistolari esistenti sulla rima cicatriziale, di cui l'anteriore a cm. 7 di distanza dalla punta del ghiande e la posteriore a cm. 8 1[2, cioè alla distanza di un centi metro e mezzo dalla prima.

Contemporaneamente un vero e proprio getto di urina veniva fuori dall'apertura losangica ora formatasi.

A 28 dicembre l'uretra peniena, già formata era in gran parte distrutta non rimanendone che un piccolo tratto in avanti, dietro al quale stava la losanga da cui veniva fuori il getto di urina: pensai quindi di approfittare di questa disgraziata circostanza per tentare un'altra volta la ricostruzione dell'uretra prepuziale ed il suo congiungimento al ghiande recentato in modo da approfittare dell'occhiello formatosi alla punta di questo e rappresentante il meato urinario. Recentai contemporaneamente e suturai in senso longitudinale i bordi dell'apertura losangica della base del pene, lasciando al bordo posteriore di questa losanga un'apertura sufficiente pel passaggio dell'urina. Questa volta le solite erezioni diedero luogo ad un completo insuccesso operatorio, che portò altresì la rottura dell'occhiello del ghiande, destinato a rappresentare il meato urinario.

A 7 febbraio mi decisi a chiudere l'apertura losangica della base dell'asta, prendendo nella coscia sinistra un lembo quadrangolare alla Dieffembach a base inferiore, estendentesi in senso orizzontale per 2 cm. ed in senso verticale per cm. 3 $^1/_2$. La perdita di sostanza triangolare risultante alla coscia venne intieramente chiusa a mezzo di un'incisione liberatrice prolungante per cm. 3 $^1/_2$ l'incisione lunga estendentesi trasversalmente dall'angolo anteriore della losanga alla coscia con una leggiera inclinazione in alto. Il risultato di quest'operazione fu favorevole in quanto che si ottenne la chiusura della estesa apertura

esistente alla base dell' asta. Questa autoplastica ha però portato lo stiramento in basso dello stretto tratto d'uretra peniena neoformata che era rimasto. Inoltre per la continuazione in basso di questo lembo quadrangolare colle grandi labbra, o scroto che dir si voglia, l' uretra peniena ricostruita sembra una continuazione dell' uretra scrotale che corrisponde a quella parte dell' uretra spugnosa corrispondente al bulbo.

(Continua)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE BOUCICAUT DI PARIGI. — Dolèris

Setticemia gassosa d'origine puerperale. — Per quel che riguarda le infezioni puerperali oggi si ritorna al concetto di trent' anni addietro, che cioè si tratti di polimicrobia o di associazione batterica. Ciò è anco provato dall'efficacia della sieroterapia, che muta a seconda che si tratti di uno o di un'altro streptococco.

La setticemia che il Pasteur definiva come la putrefazione sul vivente, di cui gli agenti paiono così numerosi, dipende sovratutto da una varietà batterica assai diffusa al di fuori dell' organismo vivente, il vibrione o batterio settico. Tarnier e Vignal lo ritrovarono più tardi, e così pure il Dolèris. Per esso si sviluppa del gas putrido nel tessuto peri-uterino e fin nello spessore della parete addominale.

Questi casi di setticemia puerperale gassosa non sono così rari come si potrebbe credere, sovratutto quanto l'infezione ha per punto di partenza la putrefazione del feto morto o dell'uovo. In una di queste forme si è in presenza di microbi anaerobi, difficili a svelare, e che possono scomparire a contatto di altri microbi associati nelle culture.

Il Dolèris ha avuto occasione d' osservarne recentemente un caso. Si tratta di una primipara di 21 anni. Incinta ad 8 mesi. un giorno cominciò a lagnarsi di dolori al lato destro del ventre; nella sera del giorno seguente apparvero delle contrazioni uterine, la dimani partorì; il secondamento però non fu completo. Un medico constatò dei frustoli di placenta nell' utero. Fu condotta all' Ospedale Boucicaut, dove si vide che il collo era abbassato, il labbro posteriore lacerato, specie a sinistra; il polso era piccolissimo, la temperatura di 28°,2 C.; i tegumenti aveano una tinta sub-itterica; la faccia era un po' inebetita. Costatata la ritenzione della placenta si tentò sotto la cloro-narcosi l'estrazione, ma non si poté, onde si rimandò l'operazione alla dimani; si praticarono ciò non ostante irrigazioni di acqua bollita e si collocò uno stuello di garza jodoformica nella vagina. La dimani polso piccolo e rapido, temperatura 37°,4: il Dolèris decise di praticare l' estrazione senza anestesia, e riuscì ad estrarre la placenta completamente; fe' seguire una iniezione endo-uterina di glicerina creosotata al 5 0[0, un' irrigazione vaginale al sublimato; il collo e la vagina furono medicati con il jodoformio e la garza jodoformizzata. La dimani la malata stava meglio, la sera la temperatura fu di 36° C. Però nel mezzo della notte cominciò ad avere dolori al ventre ed al torace a destra; ella era estremamente agitata, ma la temperatura non era che di 37°,5; s'iniettò la morfina. L'agitazione fu tosto accompagnata da delirio; poi riapparve la febbre a 38° C, il polso era piccolissimo, il ventre era tumido e doloroso; la faccia divenne contratta; la colorazione sub-itterica si accentuò; la respirazione divenne sempre più difficile ed, infine, morì.

All' autopsia tutti i tegumenti erano distesi da un edema gassoso del cellulare; la pelle era itterica, l'addome, la faccia interna delle coscie erano coverte da macchie ecchimotiche violacee; la faccia era nera, nel cellulare era contenuto una sierosità mescolata a gas fetido. La cavità addominale era estremamente distesa da gas, di odore infetto, e così pure lo stomaco e l'intestino, nell'ipogastrio e nel piccolo bacino era contenuto una sierosita sanguinolenta.

Il fondo dell'utero era nerastro, manifestamente disteso dall' edema gassoso. Sulla mucosa del fondo vi era un' ulcerazione coverta da un detrito di odore gangrenoso. Il fegato era aumentato di volume, così pure la milza; i reni erano pur essi lesi.

Si trattava evidentemente di una setticemia gassosa. Con l'esame batteriologico si vide che la cavità peritoneale ed il circolo generale erano invasi dallo streptococco piogene e particolarmente dal colibacillo. Questa setticemia era di natura eccezionale, quasi senza ipertermia, con avvelenamento rapido grave, senza pus, per la produzione della quale dei microbi multipli si sono associati, microbi tra i quali si riscontra lo streptococco, agente ordinario dell'infezione volgare, il colibacillo, agente delle infezioni tardive, spesso agoniche, ed i batteri settici che periscono rapidamente al contatto dell'aria e che sono i più terribili agenti della decomposizione dei tessuti.

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

CONFERENZA INTERNAZIONALE PER LA PROFILASSI DELLE MALATTIE VENEREE

tenuta a Bruxelles dal 4 al 9 settembre 1899

I

La conferenza internazionale per la profilassi della sifilide e delle malattie veneree si è aperta a Bruxelles il 4 settembre, al palazzo dell'Accademia, sotto la presidenza del ministro delegato. Per

la prima volta in un'assemblea internazionale medica si discute il regolamento di quella piaga umanitaria che è la prostituzione. I temi che si esamineranno sono: Pericolo sociale della sifilide. Pericolo sociale della blenorragia. Influenza della prostituzione nella propagazione delle malattie veneree etc.. Si discuteranno altre quistioni per cercare di delucidare il grande problema della sorveglianza medica, delle misure legali e generali per lottare efficacemente contro la propagazione della sifilide. Quasi tutti i sifilografi del mondo scientifico vi prenderanno parte. Fournier, Hallopeau, Besnier, Thibierge, Bourges, Jullien, Barthelemy, Lepileur, Verchere, Ozenne, Bizard e Jacques (di Parigi) Augagneur (di Lione), Perrin e Mireur (di Marsiglia). La Germania è rappresentata da Neisser (Breslau) Lassar e Blaschko (di Berlino); l'Austria da Kaposi e Finger (di Vienna); l'Inghilterra da Ogiloie, e Drysdale (di Londra), la Russia da Petersen (di Pietroburgo), il Belgio da Bayet e Verhoogen l'Italia da De Amicis (di Napoli) e Tommasoli (di Palermo); la Norvegia, la Danimarca, gli Stati Uniti, il Chilì, l'Ungheria, la Svizzera, la Republica Argentina hanno inviato i loro delegati.

Fournier relatore. **Pericolo sociale della sifilide.** — La sifilide costituisce un pericolo sociale da 4 punti di vista principali. 1. Per i danni individuali che infligge agli infermi. 2. Per danni collettivi che colpiscono la famiglia. 3. Per le conseguenze ereditarie che essa porta. 4. Per la degenerazione che può imprimere alla specie.

I. *Pericoli individuali.*—La sifilide è per l'individuo una malattia seria, importante, grave e talvolta gravissima. Le manifestazioni multiple e diverse della sifilide si dividono in due gruppi. Le une sono benigne, superficiali e passeggere, le altre interessano profondamente i tessuti, sono parenchimatose, disorganizzatrici, sclerosanti, distruttive. Il periodo terziario è quello che rende grave e anche mortale la sifilide.

In questo periodo in generale gli accidenti più frequenti sono i fatti cerebrali. Dopo la pelle. il cervello e il midollo spinale sono le sedi predilette della sifilide, il sistema nervoso è la vittima preferita dal periodo terziario. E non è tutto. Abbiamo un altro gruppo di affezioni dette parasifilitiche, le quali pur riconoscendo la sifilide per causa, non sono di natura sifilitiche. Così la neurastenia, la paralisi generale, la tabe etc.. Queste affezioni sono molto frequenti e pericolose in quanto risentono poco o nulla dalla cura specifica, per cui si può dire che mentre noi siamo bene armati contro la sifilide vera, ci troviamo disarmati contro le affezioni parasifilitiche.

II. *Pericoli interessanti la famiglia*: Relativamente alla famiglia, il pericolo sociale della sifilide risiede in questi tre punti. Contaminazione della moglie, dissoluzione del matrimonio, ruina materiale della famiglia per incapacità del suo capo. Il primo pericolo (contagio della moglie) porta come conseguenza oltre che l'esposizione della donna a tutti i rischi individuali della sifilide, rischi identici a quelli del marito, l'infezione degli esseri incoscienti destinati a nascere (se pur non muoiono prima di nascere come avviene nella massima parte dei casi), da quella coppia sifilitica. La donna maritata onesta, può essere infettata dal marito o per una sifilide presa avanti il matrimonio (caso più frequente) o per sifilide *post-nuptias*, o infine per mezzo del prodotto del concepimento ereditariamente infettato dal padre. La sifilide inoltre ha per conseguenza la dissoluzione del matrimonio, in quanto che, produce dispiaceri, lotte, separazione effettiva degli sposi, adulterio, etc., e un terzo pericolo infine è dato dalla ruina materiale della famiglia, per l'incapacità a lavorare, o per la morte del capo della medesima.

III. Conseguenze ereditarie: Il primo fatto a notare è l'aborto da sifilide, celebre per la sua frequenza, e il parto prematuro. Quanti bimbi eredosifilitici non vedono la luce del giorno che per morire dopo alcune ore. La sifilide li uccide, con una frequenza conosciuta da tutti, nelle loro prime settimane di vita. Un secondo fatto essenziale a notare è che gli aborti per sifilide si succedono gli uni agli altri e se la gravidanza arriva a termine spesso si hanno mostri, o essere anomali distrofici etc..

Riassumendo: La sifilide è una piaga sociale in ragione dei pericoli multipli che produce, pericoli che minacciano, l'individuo, la famiglia e i figli. Non si esagera affermando che essa costituisce un fattore attivo della depopolazione e che lede quindi gli interessi della patria. Coll'alcoolismo e colla tubercolosi costituisce ciò che si chiama « la triade pestifera contemporanea ». Come ai nostri giorni si sono organizzate delle vere crociate contro la tubercolosi, che saranno un onore per il nostro secolo, così si ha il dovere e l'obbligo di lottare contro la sifilide e difendersi contro la medesima con misure di profilassi pubblica.

Neisser. **Pericolo sociale della benorragia.** Dopo la roseola, la gonorrea è malattia la più comune. Essa è pericolosa per le sue complicazioni, sterilità, neurrstenia, isterismo, senza parlare delle infiammazioni degli organi genito-urinari. e delle malattie delle articolazioni. del cuore, dei vasi, del sistema nervoso, degli organi dei sensi, del retto.

L'importanza sociale della gonorrea è considerevole per la sterilità che produce.

Noi dobbiamo lottare contro la propagazione della medesima con tutti i mezzi di cui disponiamo. Il primo passo nella via del miglioramento consiste nel far notare al pubblico profano i peri-

coli e il significato delle malattie veneree. La protezione individuale è la più efficace di tutte le prescrizioni legali e amministrative.

CHIRURGIA INTESTINALE

LE PERFORAZIONI MECCANICHE DELL'INTESTINO CRASSO

Le perforazioni meccaniche del crasso possono prodursi sotto l' influenza di un trauma esteriore senza lesione della parete addominale, o di una pressione sopportata da dentro in fuori dalle tuniche del crasso.

Così il primo gruppo comprende le rotture per trauma semplice dell' addome senza lesioni delle pareti, il secondo comprende le rotture per distensione, le diastasiche (Heschl). In quest'ultimo gruppo bisogna ancora far entrare le lesioni determinate dai corpi estranei soli, senza processo infiammatorio.

Le rotture prodotte in seguito ad un urto addominale son note dal principio del secolo (Jobert de Lamballe, Richeraud, Marjolin, Baudens, Forget, Strohl, Sédillot, Chauveau, Legouest, Longuet, Chavasse, Micaux, Nèlaton, Jalaguier, Le Dentu, ecc.) Per le rotture per sovra-distensione la storia è corta (Jobert de Lamballe, Richeraud, Laënnec, Baraduc, Chauveau, Heschl, Müller, Zillner, Th. Auger, Gandy, Letulle e Luys, ecc.)

Nelle rotture per trauma addominale, senza lesioni delle pareti, come cause efficienti si son notate: le pressioni potenti, le percussioni brusche (Fevase), l' esplosione di una macchina (Baraduc), la percussione brusca designata da pressione, forse la contrazione muscolare, l'estensione violenta del corpo (Volignad, Allbrecht); come cause predisponenti di ordine fisiologico: la distensione del colon per feci o gas, la sua fissità, la sua situazione laterale (Chavasse); come predisponenti di ordine patologico: l'ernia (Chauveau), la fissità patologica dell'intestino per briglie fibrose (Chauveau).

Il meccanismo di questa varietà di perforazione è stato variamente interpretato: si è ammesso la semplice tensione dell'intestino (Strohl), la contrazione riflessa dell'intestino (Sèdillot), un semplice disturbo meccanico nelle molecole dell' intestino per azione del colpo (Chauveau).

Nelle rotture per iperdistensione (rotture diastasiche dell' Heschl), la sola causa determinante è l'accumulo considerevole di materie e di gas: allorquando l' elasticità del colon è vinta, esso si rompe. Le rotture possono avverarsi nel ceco, nell' S iliaca (Baraduc, Müller, Zillner). Come cause occasionali e predisponenti sono state notate: la costipazione abituale (Heschl. Gandy) obbliterazioni complete od incomplete dell'intestino Luys, Th. Auger).

Per quel che riguarda l' anatomia patologica, spiccano due caratteri importanti: non vi ha traccia d'infiammazione sul contorno della lacerazione, e questa, poi, non interessa tutto all' ingiro la circonferenza intestinale. Vi ha da distinguere delle lesioni primitive e delle secondarie. Le prime han sede sull'intestino, e sono delle rotture delle tre tuniche; nelle lacerazioni per trauma addominale si può osservare la rottura delle fibre muscolari longitudinali (Jobert de Lamballe), o la rottura delle circolari. Nel 1° caso la ferita è ovalare, a grande asse perdendicolare a quello dell'intestino; invece è parallelo nel 2° caso. Può trovarsi anche lacerato il meso-colon, ma sovratutto son lesi i grossi vasi, che dan luogo ad emorragia abbondante.

In qualche caso non sono rotte tutte le tuniche; cedono allora gli strati più esterni. La sede della rottura è variabile.

Nella rottura diastasica, invece, sono colpiti il colon ascendente o l' S iliaca.

Le lesioni consecutive sono numerose: (versamenti di sangue nel peritoneo, versamento di gas (Marjolin), di materie, reazioni flogistiche, peritonite, ascessi stercorali nella parte posteriore del colon.

Clinicamente si possono considerare tre periodi, Nel I° si osservano dei fenomeni premonitori che annunciano la rottura; questa fase, assente nella prima classe, è assai spiccata nelle rotture per diastasi o per distensione. Si osservano allora una costipazione assoluta, delle coliche, dei fenomeni dolorosi nell'addome (Heschl, Gandy, Müller). Il ventre è tumido, sino a disturbare il respiro. Poi, a capo di un tempe variabile, si produce la perforazione: è il II° periodo. C'è dolore vivissimo, localizzato specie nella fossa iliaca destra; la tumefazione dell'addome con timpanismo generalizzato e scomparsa dell'ottusità epatica, è accentuata (versamento di gas nell'addome). Infine si è costatata l'emissione di sangue dall'ano.

Nel III° periodo dominano i fenomeni generali. Se la morte non avviene in poche ore, si osservano, secondo i casi, o la peritonite generalizzata a decorso rapido, o l'ascesso stercoraceo se la lacerazione è sotto peritoneale (trauma). Nel primo caso vi ha febbre, faccia contratta, estremità fredde, collasso. Nel secondo caso si hanno tutti i segni dell'ascesso stercoraceo.

La terminazione ordinaria delle lacerazioni meccaniche del colon è la morte più o meno rapida (spesso 2-3 ore dopo). La guarigione spontanea è stata spesso osservata. Ma l' intervento chirurgico può modificare la prognosi.

La diagnosi è spesso difficile a farsi; finora è stata fatta all'autopsia. La rottura traumatica potrà

essere riconosciuta dal timpanismo generalizzato, con scomparsa della zona di ottusità del fegato, con scolo di sangue per il retto. La diagnosi della rottura diastasica è fondata sugli antecedenti e sui fenomeni premonitori.

La prognosi è seria, specie per quest'ultima forma di rottura, dove é spesso impossibile di combattere la causa occasionale della rottura (epitelioma rettale, costipazione ribelle).

La cura può essere semplicemente preventiva nelle rotture diastasiche: si preverrà l'ostruzione intestinale per evitare l'iperdistensione. Se l'evoluzione è poco rapida si farà la laparotomia seguita dalla sutura intestinale.

Per le rotture di origine traumatiche si ricorra alla laparotomia, seguita dalla sutura intestinale o dalla creazione di un ano artificiale. (Sikora. *Gazette des hôpitaux*, n. 99, 2 settembre 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell' *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, editi da R. Virchow, Bd. 157, H. 3, 1899.

1. O. Busse. **Sulla struttura, sullo sviluppo e sulla divisione dei tumori renali.**—Nel rene occorre un gruppo di tumori (adeno-sarcoma embrionale) che nella struttura corrisponde perfettamente col rene allo stadio di sviluppo, proviene da parti disperse del corpo di Wolff; si ha poi un 2° gruppo (*strumae suprarenales aberratae*) che non ha la menoma somiglianza col parenchima renale maturo o immaturo e che per alcune formazioni papillari o cisti che viene compreso come derivato del rene. Busse ammette come tipo del 1° gruppo il rene embrionale, del 2° la capsula surrenale matura o embrionale.

2. E. Salkowski. **Sull'azione antisettica dell'aldeide salicilica e dell'anidride benzoica.**—Risulta dalle sue esperienze che l'aldeide salicilica in soluzione al 1[2 0[0, 0,25 0[0 e 0, 1 0[0 agisce con certezza impedendo lo sviluppo dei batteri della putrefazione, non peró al 0,025 0[0; inoltre che essa al 1[2 e al 0,25 0[0 ha un' azione disinfettante sicura, non però al 0,1 0[0. Coll' anidride benzoica si ebbero gl'identici risultati che coll'aldeide salicilica.

3. I. Arnold. **Sulla colorazione granulare dei leucociti viventi e sopravviventi.**—I granuli sono presenti già prima dell' azione della sostanza colorante. La loro disposizione, il loro rapporto reciproco, il loro modo di comportarsi coi membri intermedii e la loro disposizione in fili, come pure il reperto di forme di passaggio dei granuli colorati in quelli non colorati, di quelli più grandi nei più piccoli depone in favore di ciò, che per molti di essi si tratta di elementi di struttura delle cellule. L'esistenza di numerosi granuli non colorati fra i colorati dimostra che i granuli colorati rappresentano soltanto una parte degli elementi granulosi di struttura delle cellule, dei plasmosomi, e probabilmente quelli che hanno già subita una trasformazione.

4. K. Sudsuhi. **Sull' enfisema pulmonare.**—Dalle sue ricerche trae la conchiusione che l'enfisema non è cagionato nè dallo sviluppo qualitativamente o quantitativamente deficiente delle fibre elastiche, nè dalla loro scomparsa, come pure che nell' enfisema le fibre elastiche non scompaiono prima degli altri elementi del tessuto.

5. Prowe. **L'anchilostomiasi nell' America centrale.**—Il primo caso fu descritto dal Prowe nel 1889 in S. Salvador. Dal settembre 1893 al marzo 1894 fra 522 ammalati ne riscontrò 246 affetti da anchilostoma. In 83 cadaveri trovò 46 volte il parassita, unica causa della morte in 25 casi. Fra 1286 ammalati osservati nella piantagione di caffè di Chocola, 528 avevano l'anchilostoma e 43 morirono. Nei 112 ammalati che si trovavano nell'ospedale di S. Salvador, 65 ospitavano l'anchilostoma. Nei diversi luoghi delle repubbliche di Guatemala e di S. Salvador incontrò parecchie centinaia di casi d'anchilostomiasi. Per le regioni succennate si può designare l'anchilostomiasi come la malattia più importante e pericolosa. Essa si è diffusa da parecchie centinaia d' anni. Sorprende come prima di Prowe nessun medico abbia trovato l'anchilostoma nella sezione dei cadaveri nell'America centrale. Nulla aggiunge il Prowe alla storia naturale ben conosciuta dell' anchilostoma, egli si diffonde a descrivere minutamente le alterazioni anatomo-patologiche trovate alla sezione degl'individui morti per anchilostomiasi, come pure i fatti clinici da loro presentati.

6. R. Oestreich e Slawyk. **Gigantismo e tumore della ghiandola pineale.** — Descrivono un caso di gigantismo in un bambino di 4 anni, nel quale alla sezione si trovò un tumore della ghiandola pineale, che presentò i caratteri del sarcoma fusicellulare.

7. G. Löwenbach. **Contributo all'istogenesi dei nevi molli.** — In un caso da lui sottoposto ad un esame istologico particolareggiato, osservò che le cellule del *naevus* provengono direttamente da una proliferazione degli endotelii vasali, la quale può aver luogo in due modi, cioè o per proliferazione eccentrica dell' endotelio o per proliferazione concentrica.

8. C. Abèe. **Sull'echinococco multiloculare del fegato e su di un caso di echinococco del bacino e della coscia.** — Descrive minutamente due casi di echinococco multiloculare del

fegato. Nell'uno dei casi la diffusione dei parassiti non era limitata ad un solo sistema canalicolare, ma vi compartecipavano i vasi sanguigni, linfatici ed i canali biliari. Dai suoi due casi nulla si poté dedurre per quanto riguarda la questione non ancora decisa, dei rapporti cioè dell'echinococco multiloculare con quello uniloculare.

Descrive poi due altri casi di echinococco: uno del fegato ed uno dell'ossa.

9. E. Aron. **La ventilazione pulmonare nei cambiamenti della pressione atmosferica.**— Dai suoi esperimenti si rileva che la quantità di aria, che passa traverso i polmoni in un tempo determinato in forma d'aria compressa aumenta in modo non insignificante in confronto colla respirazione nella pressione atmosferica. Ad aria rarefatta, nell'unità di tempo passano attraverso i polmoni quantità d'aria essenzialmente più piccola che nella pressione atmosferica.

FORMULARIO

Lemoine.—**Topici contro il reumatismo articolare**

1° Vaselina liquida	gr.	20
Salicilato di metile	»	12

Per applicazioni locali.

2° Salolo	gr.	4
Mentolo	»	2,50
Etere	»	4
Lanolina	»	30

Per applicazioni locali.

3° Alcool a 85°	gr.	20
Guaiacolo puro	»	4

Il quarto di questo miscuglio per un'applicazione locale.

Lucas-Championnière. — **Topico per le scottature.**

Vasellina	gr.	100
Essenza di timo, » di origano, » di verbena, » di geranio	ana »	25
Naftolato di soda	»	2-3

NOTIZIE E VARIETA'

La peste nel Portogallo

Oporto, 6.—Ieri non vi fu alcun decesso, nè alcun caso di peste.

Oporto, 6.—I medici italiani venuti qui a studiare la peste, sono ripartiti per l'Italia.

Parigi, 6.—Telegafano da Oporto che una goletta, partita un mese fa per Cardiff, è ritornata con un caso di peste a bordo. Il generale Almeida ha assunto il comando del cordone sanitario.

Londra, 6, —Il Governo ha mandato ordini per una quarantena rigorosissima a cui debbono sottostare le navi provenienti dal Portogallo.

Parigi, 7.—Telegrafano da Oporto che i medici francesi non sono di accordo coi loro colleghi italiani e portoghesi sulla natura dell'epidemia. Intanto la desolazione regna ad Oporto. Quasi tutte le botteghe sono chiuse.

Parigi, 7.—E' oramai accertato per notizie giunte dalla Russia che nella provincia di Astrakan, nel mese di luglio e nei primi giorni di agosto, fu segnalata la peste bubbonica.

Un villaggio è ancora completamente isolato e si spera di aver fermato il procedere della terribile epidemia. Dal 9 agosto in poi, infatti, non si sarebbe avuto più nessun caso.

Intervento dei professori straordinari alle adunanze dei Consigli di Facoltà

Il Consiglio superiore di P. I. interrogato circa l'intervento dei professori strarordinari alle adunanze dei Consigli di Facoltà, ha adottato le seguenti massime, che si comunicano alle Università e agli Istituti superiori come norma pei loro atti: « La disposizione dell'art 84 del regolamento generale universitario così formulata: « I professori straordinari partecipano a tutte le adunanze, dei Consigli di Facoltà, eccettuati i casi in cui si facciano proposte che riguardino personalmente alcuno dei professori straordinari stessi » deve essere interpretata con le seguenti norme:

1° I professori straordinari non possono partecipare alle deliberazioni del Consiglio di Facoltà, nelle quali si tratti della conferma o della promozione di professori straordinarii; 2° Ove nella Facoltà sianvi cattedre vacanti, i professori straordinarii non possono prendere parte alle deliberazioni del Consiglio di Facoltà sul modo di provvedersi, ed il divieto dura sino a che non si sia sull'argomento presa una deliberazione definitiva e si estende anche al caso in cui, per essere occupati tutti i posti di professore ordinario, si tratta di provvedere alle cattedre vacanti con incarichi, gli straordinarii hanno diritto di partecipare alle deliberazione sulla scelta degli incaricati 3°; La non partecipazione dei professori straordinarii alle adunanze dei Consigli di Facoltà deve intendersi limitata alle deliberazioni previste dalle precedenti massime e non si estende alle deliberazioni sulle altre materie.

Nelle Università straniere

Friburgo. Treupel, assistente di Clinica medica è stato nominato professore straordinario.—*Königsberg.* Il professore d'igiene, Riccardo Pfeiffer, fu chiamato a Berlino alla direzione dell'Istituto per le malattie infettive.—*Angers.* Thibault è stato nominato professore di medicina interna, e Boquel

professore di Clinica ostetrica.—*Atene.* Kallionzis, è stato nominato professore di medicina operativa e di anatomia topografica.—*Marsiglia.* Cousin è stato nominato professore di patologia chirurgica e di medicina operatoria.—*Rennes.* Follet è nominato professore di clinica medica, Moniet, di clinica chirurgica e Lenormand di farmacia.

L'uomo dai due cuori

Leggiamo nel *Progresso Italo-Americano :*

Il dottor John H. Lawrence, di Brooklyn, fu chiamato a curare un negro a nome William King, il quale ha già raggiunto la rispettabile età di 80 anni.

Il dottore, visitando King, è rimasto grandemente sorpreso, constatando in lui, due cuori, uno a destra l'altro a sinistra del torace.

È un fenomeno stranissimo, che renderà oggetto di grandi studi il corpo del negro.

L'avvenire delle razze umane

C'è un dotto americano, il quale ha scritto una lunga dissertazione per dimostrare che non solo le razze animali si trasformano continuamente, ma vanno via via rimpicciolendosi. Il nostro dotto asserisce che i nostri lontani pronipoti resteranno a bocca aperta dinanzi ad uno scheletro dell'età nostra. Noi, ai loro occhi di uomini piccoli, minuti, mingherlini, appariremo nè più nè meno che giganti mostruosi.

Ed il sullodato dotto avverte che questo rimpicciolimento graduale non avrà limiti; sicchè i nostri tardi nepoti avranno le invidiabili proporzioni di una mosca: s'intende che anche tutte le altre razze animali diminuiranno di volume e di proporzione, in modo che, alla loro volta, le mosche diventeranno..... qualche cosa come dei microbi, e così di seguito come si capisce.

La pianta dell'allegria

Nasce in Arabia una pianta, i cui semi promuovono un riso forzato.

Se ne conoscono due varietà: una nana che nasce a Kassem ed un' altra che raggiunge un metro e più d'altezza ch' è legnosa e cespugliosa e che nasce ad Oman. Le bacche di questa pianta contengono due o tre semi neri, della grossezza e della forma di un fagiuolo, di sapore dolciastro e d'odore che ricorda l'oppio.

La persona che assorbe una piccola dose di questi semi polverizzati comincia a ridere a squarciagola in una maniera spesso violenta si mette a ballare, a saltare come un capriolo e per oltre un'ora resta invasa da un' allegria senza pari. Ma quando la sovreccitazione cessa, il paziente accasciato, cade in un profondo sonno di lunghe ore.

GAZZETTINO

ROMA. *Ospizi Marini.* — Il 6 corrente sono stati inviati all' Ospizio in Anzio altri quaranta bambini poveri, rachitici o scrofolosi, in sostituzione di altrettanti che sono ritornati per aver compiuto la cura.

Con questa spedizione suppletiva è stato completato il quarto periodo dell'esercizio dell'Ospizio, che ricovera attualmente 164 bambini; a tutt'oggi il numero dei bambini che hanno usufruito e che stanno usufruendo della benefica cura ascende a 642.

L' Amministrazione dell' Opera Pia, ha in animo di proseguire l'esercizio dell' Ospizio per un quinto periodo di 25 giorni ; in tal caso i bambini che a chiusura dell'Ospizio avranno usufruito della cura ascenderà a circa 800; vale a dire 150 di più in confronto a quelli inviati nel decorso anno ; e pur tuttavia rimarranno privi della cura, per insufficienza di posto, oltre a 600 poveri bambini, che la Commissione Sanitaria avrebbe riconosciuti meritevoli.

Si spera, colla cooperazione del Prefetto della Provincia, di potere nel prossimo inverno ampliare i fabbricati dell'Ospizio, e metterlo in grado, pel futuro esercizio, di dare ricovero a tutti i poveri bambini rachitici o scrofolosi della città e provincia di Roma, che saranno riconosciuti meritevoli della cura.

NAPOLI 6. *La Croce Rossa.*—Ieri nella mattinata S. A. R. il Principe di Napoli, accompagnato dal colonnello Aliprandi, visitò di bel nuovo il 20° ospedale impiantato nella caserma Falciano a Caserta, proveniente da Sparanise.

Più tardi l'ospedale stesso fu visitato dal generale Radicati di Marmorito e dai presidente del sottocomitato regionale senatore Atenolfi.

La Croce Rossa rimane a Caserta fino all' 8 del corrente mese per poi, terminate le manovre, ritornare in Napoli.

NAPOLI. *Per l'ospedale Cotugno.*—Giorni addietro una commissione di ingegneri municipali si recò al Cotugno per prendere le ultime misure di livellazione, per la costruzione dei padiglioni in fabbrica, ai quali si darà subito principio.

NAPOLI. *L'Esposizione nazionale d'igiene.* — Il 6 corrente si sono riuniti i Comitati esecutivo ed amministrativo per questa Esposizione sotto la presidenza del senatore De Renzi, coll'intervento dei signori: marchese di Campolattaro, marchese di Bugnano Alfredo, ingegneri prof. Mason, Young, Ferraro, Bergami, Gretti, Martorelli, Comencini avvocato Senigallia, dott. prof. Masullo, ingegnere Mastelloni, cav. Emiddio Mele, cav. De Sanna Menarini, Faerber, cav. De Martino, marchese Carega, dott. Guercia, conte Rocco, cav. Laganà, signor Campione ed altri.

Oggetto della riunione era l'approvazione del progetto finanziario formulato da una sotto-commissione composta dai signori: cav. De Sanna, Laganà, Campione, Comencini e Young. Il cav. De Sanna ne dette lettura, che fu accolta da applausi vivissimi e generali.

Si discusse poi in seguito sulle linee generali del progetto, e venne presentato il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea, udita la discussione, invita i presidenti delle due Associazioni ad assicurarsi del concorso delle autorità ed enti cittadini per l' Esposi-

zione d'igiene e a fare pratiche presso i ministeri competenti per assicurare al progetto dell'Esposizione d'igiene in Napoli nel 1900 il loro concorso e favore, a convocare separatamente i tre Comitati ordinatore, esecutivo ed amministrativo, per incominciare i lavori secondo la rispettiva competenza, ad ordinare che sia dato alle stampe e trasmesso ai giornali il progetto finanziario della Commissione, composta dei signori: De Sanna, Campione, Young, Comencini, Laganà; ad aprire le sottoscrizioni secondo il progetto, nominando speciali commissioni e pregando la stampa di aprirne anche sopra i periodici cittadini, ed infine si invita la presidenza a recarsi presso S. A. R. il Principe di Napoli per offrirgli l'alto patronato dell'Esposizione d'igiene.

L'ordine del giorno fu approvato all'unanimità ed ora resta soltanto l'esecuzione, che, data la grande importanza del progetto, pel bene e pel decoro della città, e tenute presenti le cospicue personalità, appartenenti a tuti i ceti cittadini che sono a capo del movimento, riuscirà certamente utile, proficua e degna della città di Napoli.

PISA. *Cose universitarie.* — L'anno accademico 1900 verrà inaugurale il 5 del prossimo ottobre.

Il discorso inaugurato sarà tenuto dal chiarissimo prof. cav. Antonio Ceci, direttore della clinica chirurgica.

BRA 6 *La partenza dell'ospedale della Croce Rossa*— Questa mattina è partito per Torino l'ospedale da guerra della Croce Rossa con 50 letti (n° 40) di Bologna, diretto dal capitano cav. dottore Pirro Bolognini.

Detto Ospedale era giunto in Bra il 30 agosto.

Durante la sua permanenza in Bra vennero ricoverati nel medesimo 48 ammalati, la maggior parte dei quali già ne uscirono guariti.

Degli altri parte vennero inviati all'ospedale militare di Savigliano, e tre, alquanto più gravi, vennero ricoverati al nostro Civico Ospedale.

Lunedì, l'Ospedale venne visitato dal professore comm. Gaetano Mazzoni, ispettore medico di prima classe, quale incaricato dalla Presidenza della Croce Rossa. »

BORGO A MOZZANO, *Nuovo ospedale* — Venerdì 8 settembre si ebbe l'inaugurazione del nostro ospedale comunale; funziona già unambulatorio sin tanto che non si sono avuti i fondi di varii legati lasciati da persone filantropiche.

CIVITANOVA, 6. *Ospizio marino.*—Il terzo turno dei bambini ricoverati all'Ospizio Marino provinciale è partito ieri dalla splendida spiaggia di Fontespina.

Sono stati 167 i ricoverati di quest'anno. Nei tre anni di esercizi si sono avuti risultati ottimi.

Quest'opera umanitaria merita veramente il plauso di tutti gli uomini di cuore.

Il presidente conte Tomassini, la direttrice signorina Galantara e il direttore sanitario dott. Gatti sono degni di ogni elogio. Ora l'Ospizio ha bisogno di un locale più ampio, adatto alle nuove esigenze della provvida istituzione. Speriamo nell'appoggio del Consiglio provinciale.

MOGLIANO VENETO. *Un bell'atto di beneficenza.* — La signora Elvira Favier, già ben nota per la sua inesauribile generosità, ha compiuto un nuovo atto di splendida beneficenza. La pietosa signora ha fatto un'altra cospicua elargizione di venticinquemila lire al Patronato Pellagrosi e Casa di Ricovero destinandole per il necessario ampliamento del fabbricato del Pio Istituto.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo—Palermo

1. G. Banti e G. Pierraccini. **Il siero antipneumonico Pane nella cura della polmonite. Estratto dallo** *Sperimentale* **1899.**
2. E. Cioffi. **La gravidanza e il puerperio sul decorso della tubercolosi polmonare. Estratto dalla** *Gazzetta degli ospedali* **1899.**
3. Lo Monaco e Panichi. **L'azione dei farmaci antiperiodici sul parassita della malaria. Estratto dai** *Rendiconti della R. Accademia dei Lincei* **1899.**
4. G. Ruggi. **Della simpatectomia al collo ed all'addome. Estratto dal** *Policlinico* **1899.**

CONCORSI E CONDOTTE

Pisa. Concorso al posto di direttore dei RR. Spedali con lo stipendio di L. 3600 all'anno: il concorso è per titoli, il tempo utile per la presentazione delle domande scade il 30 settembre.

Pisa. Concorso al posto di medico primario nel detto Ospedale con lo stipendio di L. 600. Scadenza dei termini il 30 settembre.

Milano. Istituto politerapeutico (Corso Venezia 27). È aperto il concorso, senza onorario al posto di dirigente la « Sezione malattie chirurgiche dei bambini e ortopedia ». Il concorso è per titoli. Scadenza 15 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud; Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un'annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della sanità presso il Ministero dell'Interno, dottor Fradelleri e dott. G. Perinelli.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SULL'USO DELLO SFIGMOMANOMETRO IN MEDICINA PRATICA

Il polso aveva richiamato già in modo speciale l'attenzione degli antichi osservatori, però le loro conoscenze in proposito risentivano molto l'influenza di oscure vedute teleologiche e filosofico-naturali, in modo che quello che può trarsi dalle antiche osservazioni è semplicemente la convinzione che il polso rappresenti un fenomeno molto importante e degno di studio. Quando poi conosciuta la circolazione sanguigna divennero più chiare le idee sulle malattie di cuore, le conoscenzesul polso progredirono. Venne allora il tempo del metodo di indagine fisica, il quale si prefiggeva di riconoscere in vita ciò che più tardi avrebbe potuto constatarsi nel cadavere, e questo nuovo indirizzo fece sì che molte conoscenze vennero messe in seconda linea, e fra queste il polso. Chi fu scolaro di Skoda si ricorda bene di non avere mai inteso parlare del polso, mentre veniva rilevata la importanza della percussione e dell' ascoltazione. Si diceva allora che il polso aveva importanza solo in quanto alla sua frequenza. Fu merito di Vierordt, poi di Traube ed infine di Marey di avere dato una nuova spinta allo studio del polso. Con la costruzione degli sfigmografi, strumenti dapprima ignorati, si vide che si possono con questo mezzo dimostrare nel polso modificazioni dapprima sconosciute. Traube, prima ancora degli sfigmografi, riconobbe la grande importanza clinica del polso; egli da molto tempo si occupava di esperimenti negli animali. Immediatamenle dopo che C. Ludwig introdusse la chimografia, Traube si diede con maggior fervore all'esperimento, perfezionò il chimografo e cominciò a studiare la pressione del sangue. In mezzo a questi studi dovette nascere in lui la convinzione che la somma dei fenomeni che si osservano negli animali debbono riscontrarsi anche nell'uomo ed emise l'opinione, che fu parteggiata dalla sua scuola, cioè, che col dito si può determinare la pressione sanguigna, ossia la tensione del polso. Ma questa dottrina, secondo v. Basch (*Wien. medicin. Wochen.* n. 36, 1899), è falsa. Se ad es. ad un matematico si domandasse se è possibile risolvere un' equazione a due incognite con l'esercizio e con l' esperienza, egli sorridendo risponderebbe di no. Lo stesso può dirsi di chi voglia giudicare colle dita lo stato della tensione del polso. L' antica formola fondamentale idrostatica di Pascal è $p = hf$; p è il peso che è applicato sul polso (si tratti del dito o di una leva o di una molla è lo stesso); h è la tensione del tubo arterioso ed f la grandezza della superficie. Premendo col dito sull'arteria si ha coscienza della forza che all'uopo si impiega, questa perciò è una quantità conosciuta, ma h ed f sono incognite. Se facciamo $h = x$ ed $f = y$, abbiamo l'eguaglianza a due incognite $p = xy$. Fondendo insieme le due incognite e facendo il prodotto $xy = U$, allora si ha l'eguaglianza $p = U$, la quale si può risolvere. Il prodotto xy corrisponderebbe alla compressibilità dell' arteria; in altri termini premendo col dito sull' arteria noi veniamo a determinare quanta forza dobbiamo impiegare per comprimere il polso. In questo caso non si ha un'equazione a due incognite, corrispondendo l'intero prodotto hf alla compressibilità del polso.

Perciò gli antichi che determinavano quest'ultima e non andavano al di là, e parlavano soltanto di polso duro e polso molle, avevano completamente ragione. Infatti è permesso di dire senz'altro che il polso è facilmente o difficilmente compressibile, però col dito non è possibile determinare h, ossia la tensione, poichè la superficie che viene compressa è ora più grande, ora più piccola: si tratterebbe in questo caso di risolvere un' equazione a due incognite. Perchè ciò sia possibile è necessario trovare una seconda equazione. v. Basch si è occupato fin dal 1874, insieme con Breuer, di risolvere la quistione della determinazione della pressione sanguigna nell'uomo, adoperando un metodo che fu poi proposto da Marey e Franck, ma che v. Basch e Breuer avevano rigettato e non pubblicato. Le indagini furono continuate da v. Basch, che dopo 4 anni riuscì all' uovo di Colombo. In che consiste lo sfigmomanometro? Nel misurare la pressione sanguigna in modo inverso al manometro. Quando si vuole determinare la pressione del sangue col manometro in un animale da esperimento, si collega la carotide con lo strumento, e la colonna di mercurio salendo indica la pressione che il sangue esercita sulla medesima: questa è la stessa pressione che l'onda sanguigna esercita sulla parete del vaso non reciso e la pone in tensione.

Supponendo ora che la carotide integra sia

circondata da un cilindro perfettamente chiuso, che vien posto in connessione con un manometro e con una siringa, ed iniettiamo nel cilindro tanta acqua, fino a che sparisce il lume della carotide, non si fa altro che il contrario dell'ordinaria misurazione della pressione sanguigna. In quest' ultimo caso noi misuriamo la pressione che tende la parete arteriosa; nel primo caso la pressione che annulla la forza di tensione, e questa pressione la riconosciamo mediante il manometro connesso al cilindro. In altri termini col metodo ordinario noi determiniamo la pressione, con l'altro metodo la contropressione. Pressione e contropressione sono intanto eguali fra di loro per la nota legge di Newton, e quindi i due metodi sono perfettamente identici. I medesimi possono applicarsi in un'arteria preparata.

Per riprodurre le stesse condizioni in un'arteria intatta, v. Basch applica sulla medesima, invece di un cilindro, un imbuto chiuso da una membrana di caoutchouc, col quale si mette in connessione un manometro. La formola in questo caso è la seguente: in luogo di p deve mettersi $h^1\ f^1$, in cui h^1 è la pressione che havvi nell' imbuto e che è indicata dal manometro, ed f^1 rappresenta la superficie di caoutchouc dell'imbuto. Onde si ha: $h^1\ f^1 = h\ f$. E poichè la membrana di caoutchouc si adatta esattamente alla superficie che deve venire compressa, così $f^1 = f$ ed $h^1 = h$; vale a dire che h^1 che rappresenta la pressione esterna che viene esercitata sull'arteria, è eguale ad h che rappresenta la pressione interna, la quale pone in tensione la parete arteriosa. A questo modo si è eliminata f e si è ottenuta un'equazione ad un' incognita. Questa equazione costituisce il principio della misurazione sfigmomanometrica, la quale riceverà la massima diffusione quando si sarà generalmente convinti esser necessario avere nozioni sicure sulla pressione sanguigna nei singoli casi e che per misurare la tensione arteriosa non basta il dito, ma si richiede lo sfigmomanometro.

LAVORI ORIGINALI

Ospedale civico di Palermo
II sezione chirurgica — Uomini

URETROPLASTICA E CHIUSURA DELL' ORIFIZIO VAGINALE IN UN CASO D'IPOSPADIA PERINEALE CON CRIPTORCHIDIA E VAGINA RUDIMENTALE BIFIDA.

Dottor Giuseppe Castellana
Chirurgo primario

(*Continuazione e fine*)

Il trasporto del lembo unico da sinistra verso destra ha portato a destra la linea di cicatrice, a due centimetri circa di distanza dalla linea mediana. Su questa nuova linea cicatriziale in alto rimase una larga fistola, dalla quale veniva fuori un getto d' urina uguale in dimensione a quello dell'orificio uretrale trasportato già al limite superiore del piccolo tratto d'uretra peniena soprastante all'apertura losangica ora chiusa col lembo quadrangolare alla Dieffenbach. Indietro sulla linea mediana esistevano le due fistole sopra menzionate distanti l' una dall' altra cm. 1 1/2. Il piccolo scolo d' urina che veniva fuori dall 'apertura vaginale trasportata posteriormente era già gradatamente scomparso. e la stessa apertura vaginale avea finito col chiudersi. Non avendo questa vagina alcuna funzione da compiere, io mi sono ostinato ad oppormi alla chiusura del suo orifizio.

In marzo venne praticata la cauterizzazione delle fistole e dopo tre giorni il raschiamento delle superfici di cauterizzazione ed il loro esatto combaciamento mediante punti staccati di sutura: si ottenne la chiusura completa della fistola mediana più vicina al pene ed il notevole assottigliamento della grande fistola laterale; la quale da quel punto invece di un getto di urina diede un semplice gocciolio. La fistola più lontana rimase invece invariata.

Dopo un mese novella causticazione col termo-cauterio di Paquelin delle fistole rimaste ed indi dopo tre giorni novella sutura. In seguito a quest'intervento la fistola antero-laterale destra si chiuse completamente e la fistola mediana si ridusse notevolmente di dimensioni.

In giugno praticai due incisioni lineari al prepuzio con scollamento e cauterizzazione delle superfici cruentate, indi dopo quattro giorni recentai le superfici cauterizzate e le unii con punti profondi di sutura, contemporaneamente prima cauterizzazione e poi recentamento e sutura della fistola perineale mediana. La plastica dell' uretra prepuziale ebbe anche questa volta risultato negativo; però anche l'ultima fistola perineale si chiuse definitivamente.

Stato attuale. — Le grandi labbra sono fra di loro saldate posteriormente con una linea di cicatrice mediana ed anteriormente con una lima cicatriziale inclinata lateralmente a destra e che dista due centimetri dalla linea mediana nel punto corrispondente all' angolo anteriore destro dell'autoplastica alla Dieffenbach.

L' orifizio vaginale è scomparso e l' orifizio uretrale arriva a tre centimetri dalla punta del ghiande. Dall' estremo limite della linea di cicatrice, risultante dall' unione della forchetta, all'orifizio uretrale di nuova formazione distano nove centimetri.

La lunghezza del pene essendo di 48 mm. e l'orifizio uretrale arrivando a tre centimetri dalla punta del ghiande, ne risulta che il pene è per 18 mm. fornito di uretra di novella costruzione. All' ipospadia perineale, che obbligava il Caponetto ad urinare accoccolato come una donna, si è sostituita un'ipospadia peniena con orifizio uretrale aprentesi al davanti della metà dei corpi cavernosi e suscettibile di stiramento all'innanzi; la qual cosa gli consente di orinare all'impiedi senza bagnarsi i calzoni.

Fig. IV.

Il 24 giugno 1899 coi capelli tagliati e con abito da maschio Carmelo Caponetto è stato licenziato dall'ospedale, ed appena uscito ha preso servizio di cocchiere. Fino a che non mi sarà dato di esaminare il liquido seminale di costui, di constatarvi l'esistenza di zoospermi, stimo non necessario ogni altro intervento, al quale sarei solo disposto a decidermi nel caso di dovere trasportare alla punta dell' asta il getto del liquido fecondante. Sono pago intanto di avere reso felice e contento il Carmelo Caponetto che può coitare colla piccola asta ritta, e che ha potuto indossare l'abito maschile senza alcun inconveniente e disagio; la qual cosa formava l'apice dei suoi desideri; tanto da avere votato la sua chioma da donna alla Madonna di Pietraperzia, qualora fosse stato reso al sesso maschile.

Ed egli ha già avanzato domanda al tribubunale per il riconoscimento del sesso, che è in lui prevalente; e per essere quindi inscritto come maschio nei libri dello stato civile.

Se poi in Carmelo Caponetto esistesse la condizione favorevole di essere fornito di liquido seminale fecondante, e si dovesse quindi pensare alla restante ricostruzione dell'uretra peniena, l'uretra prepuziale potrebbe venire ricostruita con la formazione di due lembi a mezzo di un'incisione mediana alla parte dorsale del pene, e dello scollamento del prepuzio dal ghiande.

Adottando questo processo, che è stato consigliato dal Duplay pei casi in cui evvi soverchio stiramento dei margini destinati a coprire la breccia uretrale, la cicatrice che ne risulterebbe impedirebbe il libero scorrimento del prepuzio. Laonde ricorrerei più facilmente al processo di Wood, raccomandato dal Fischer, il quale consiste nell'utilizzare il prepuzio esuberante superiormente per la formazione della parete inferiore dell' uretra. Con questo processo si pratica un' incisione alla base aderente nel prepuzio e si scollano le parti circostanti sino a far passare da questo occhiello il ghiande. Si sutura indi questo ponte preparziale inferiormente trasportato colla doccia uretrale recentata. Questo processo non è altro che l'applicazione del terzo tempo del processo di Thiersch per l' epispadia alla cura chirurgica dell'ipospadia.

In quanto alla ricostruzione dell'uretra balanica, avendo invano tentato il largo recentamento dei bordi del ghiande attorno alla doccia uretrale alla Dieffenbach ed alla Velpeau, ed essendo altresì fallite le incisioni profonde alla Thiersch, io sarei tentato di ricorrere alla formazione di un tragitto nello spessore stesso del ghiande, ricorrendo al processo di Dupuytren che è stato seguito da Guersont e da Rippoll, che al ferro rovente hanno sostituito il trequarti comune.

Trattandosi di un così breve intervallo non sarebbe difficile la formazione di un tramite rivestito di mucosa, cioè la formazione di una vera e propria fistola labiforme, che stabilirebbe la continuità tra l' epitelio che riveste la superficie del ghiande e l'epitelio di rivestimento del solco uretrale.

Si comprende che per non avvicinare al ghiande il getto dell'urina durante la formazione dell' uretra balanica io darei la precedenza alla plastica balanica; riserbandomi di ricorrere al processo di Wood dopo di avere

perfettamente ricostruito l' uretra balanica. Se nei casi d' ipospadia scrotale è stata praticata molte volte l' uretroplastica, lo stesso non è a dire per l'ipospadia perineale; la quale, secondo si esprime l' Occhini « non cade sotto il campo chirurgico ». Il Debierre a pagina 104 del citato libro formula la seguente interrogazione:

« Le chirurgien peut il quelque chose en faveur de ces malformès ?

A tale interrogazione subito risponde:

« Jusqu'ici, la chirurgie a eu peu à intervenir dans ces sortes de cas ».

La novità dell'intervento è costituita anche dal fatto che nel caso in esame non si trattava di semplice ipospadia perineale; ma si notava altresì l'esistenza di una vagina rudimentale: e si era quindi in presenza, come altrove abbiamo esposto, di un caso di ermafroditismo incompleto con prevalenza del sesso maschile.

BIBLIOGRAFIA

Guermouprez. Une Erreur De Sexe. Paris 1892. — Debierre. L' Hermaphrodisme Paris 1891, — Müller. Les Sujets De Sexe Douteux par G. Dailliez. Paris 1892.—L'Hermaphrodisme.— Testut. Trattato di anatomia. Prima traduzione Italiana; Vol. III.—Prof. H. Fischer. Chirurgia Speciale, Traduz. ital. Vol. II.

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA CHIRURGICA PROPEDEUTICA DI NAPOLI — prof. D' Antona

La peritonite gonococcica diffusa

Dott. ***Muscatello***

Un solo caso, non dubbio, di peritonite gonococcica diffusa, non esiste fin'oggi nella letteratura (Kiefer), si conoscono le pelvi-peritoniti localizzate, consecutive alla blenorragia dei genitali interni (Bumm), e le peritoniti generalizzate, consecutive ad una blenorragia in atto. Ma sta a vedersi se queste infezioni peritoneali siano dovute esclusivamente al gonococco, ovvero agli stafilococchi e streptococchi, che così frequentemente si associano alle infezioni blenorragiche della donna.

Si é visto, in vero, che i gonococchi possono vivere nell'essudato fibrino-purulento delle peritoniti circoscritte perisalpingitiche, ma per altro si conosce che una certa quantità di pus gonorroico può versarsi nella cavità addominale, senza che si sviluppi una peritonite generalizzata. Si sa che il gonococco può vivere ed esercitare la sua azione patogena in una porzione circoscritta del peritoneo, ma che muore quando è in contatto con una più grande superficie peritoneale. Nessuno difatti, sperimentalmente è riuscito a produrre delle peritoniti generalizzate; solo Wertheim, Veillon, Hallè sono riusciti a produrre delle peritoniti purulente circoscritte.

Però esistono dei casi, ritenuti dagli autori, come di origine indubbiamente gonorroica. Il Veit ne ha osservato cinque, il Bröse altri due; nè nei primi né nei secondi ci fu alcun intervento operatorio.

Veramente non si sa se in questi casi si sia trattato di peritonite generalizzata.

È noto, infatti, che nella formazione di un ascesso pelvico, per svuotamento di una pio-salpinge possono manifestarsi dei fenomeni locali nell' ambito dell'addome, accompagnati da fenomeni generali, tali da dar la impressione di una peritonite generalizzata incipiente. Non potè trattarsi di ciò nei casi di Veit e Bröse? Si sa ancora come in certi casi di ascessi appendicolari a sviluppo rapido sia difficile la diagnosi differenziale con una peritonite diffusa incipiente. Il quadro di una peritonite incipiente (dolorabilità dell'addome, vomito, polso piccolo, elevazione termica) può osservarsi ancora nella gravidanza extra-uterina, nella rottura di ematoceli, senza che in tali casi vi sia traccia d'infezione peritoneale; infine esso può osservarsi in qualche caso d'intossicazione intestinale per ristagno ed anomale fermentazioni di materiali fecali, od anche semplicemente in seguito ad indigestione, come in un caso descritto dal Rendu. Ma anco quando nei casi descritti da Veit e Bröse si fosse trattato di peritoniti diffuse, nullà prova che esse fossero di natura gonoccica, poichè l'esame batteriologico non venne fatto; l' essersi sviluppate in seguito ad un'infezione blenorragicà del canale genitale non basta a provare la loro origine gonococcica, quando si sa quanto frequenti siano le infezioni miste nella blenorragia muliebre.

Il Köorte recentemente ha riferito un caso che può forse parlare per una peritonite gonococcica; però in questo caso solo la somiglianza morfologica coi gonococchi dei batterii trovati nel pus, può far ritenere come possibilmente di natura blenorragica la peritonite. Anco probabilmente di natura blenorragica deve ritenersi il caso di peritonite descritta dal Menge; in esso la sola presenza del gonococco nel pus della salpinge e l'assenza di qualsiasi altro germe, rendono probabile l'origine gonorroica della peritonite.

Il Muscatello, della clinica chirurgica del Prof. D'Antona, riferisce oggi un caso non dubbio provato da un'analisi rigorosa.

Maria M. di anni 48, maritata senza figli, entrò in clinica il 16 marzo 1899. A 12 anni ebbe dei piccoli ascessi nei varii punti del corpo. Fu mestruata a 17 anni, e lo fu regolarmente sino a 33 anni. La malattia presente è cominciata 25 anni addietro. Nel 1874, nei primi giorni del matrimonio, fu contagiata di blenorragia, che, non curata convenientemente, oltre alle sofferenze locali, gliene procurò delle generali (prostrazioni, anoressia, di-

magramento, anemia, forse febbre). Dopo alcuni mesi, a poco a poco diminuirono i fenomeni acuti, ma restò uno scolo purulento, che non è mai cessato fino al presente; in questi 25 anni ella ha sofferto cinque riacutizzazioni che attribuisce a 5 nuove infezioni.

Ciò non ostante le mestruazioni si conservarono regolari fino al 1884, quando si manifestarono gravi metrorragie e menorragie, con dolori intensi al quadrante inferiore sinistro dell'addome. Le emorraggie ed i dolori durarono per sette mesi, costringendola a letto, non ricavando alcun benefizio dai joduri e dai vescicanti nella regione dolente.

Dopo sette mesi cessarono le emorragie e cominciò un periodo di amenorrea che durò 20 mesi, durante i quali persistettero sempre i dolori, sebbene meno intensi. Dopo 20 mesi ricomparvero le mestruazioni ed il dolore andò diminuendo fin quasi a scomparire. Da allora, circa 12 anni, non è rimasto che uno scolo gialletto dai genitali ed alcuni dolori lievi all'ipogastrio, più accentuati a sinistra, aumentanti nelle mestruazioni che erano irregolari. A questa tregua, durata circa 12 anni, è successo di recente un nuovo e più grave periodo di acuzie. Circa 20 giorni fa, lo scolo dei genitali aumentò notevolmente, associato ad intensi dolori nella regione pubica e nel quadrante inferiore destro dell' addome, e febbre preceduta da brividi, che raggiunse un massimo di 40° 1 C. Nei giorni consecutivi la febbre diminuì un poco, ma d'allora ha presentato sempre elevazioni serali a circa 38° 5 C. La minzione è stata regolare tranne che nei periodi di riacutizzazione della gonorrea. In quest'ultimo periodo le urine sono state torbide. In questi ultimi giorni, con il diminuir della febbre, lo scolo vaginale è un po' diminuito e le urine sono divenute più chiare.

La nutrizione è assai scaduta. L' addome, non deformato. è dolente molto alla palpazione dell'ipogastrio; è trattabile in tutte le altre regioni; il dolore della regione ipogastrica è specialmente localizzato a destra, ma anco la parte sinistra è un po' dolente. L' utero è latero-posto a sinistra e leggermente ante-posto; fornice laterale destro e posteriore depressi. Con la palpazione bi-manuale si apprezza un tumore globoso della grossezza di un pugno, aderente al corpo dell'utero, che occupa la regione degli annessi di destra ed in parte lo spazio del Douglas; ha forma ovoidale; la superficie superiore, che si palpa all'esterno, è convessa e nettamente limitata, gli altri limiti (inferiore e laterali) sono poco netti; sembra duro e resistente, ma un punto profondamente pare fluttuante; la pressione provoca dolori intensi. I movimenti impressi all'utero, si comunicano smorzati al tumore. Gli annessi di sinistra si sentono come una piccola massa dura, sensibile alla pressione; non si riesce ad apprezzare la forma della tuba e dell'ovario. Vi ha catarro purulento dell' utero. L'urina contiene muco-pus in piccola quantità. Nulla negli altri organi. Anoressia, stitichezza, polso debole, elevazione termica serale, preceduta da leggero e fugace brivido. Nei primi due giorni di degenza in clinica persistono i dolori forti in tutta la regione ipogastrica, segnatamente a destra, che impediscono alla donna i movimenti e le turbano il sonno.

Fatta diagnosi di piosalpinge complicata con parametrite, il Prof. D'Antona il 19 marzo, sotto la narcosi cloroformica, praticò l'apertura della raccolta purulenta, incidendo col coltello il fornice posteriore, e allargando con le dita l'apertura. Si svuotò abbondante pus liquido, giallo, inodore, misto a sangue. Si irrigò la cavità con acqua sterile e si zaffò lassamente con strisce di garza.

L'operazione durò poco: l'ammalata, svegliatasi avverte un forte e profondo dolore alla regione ipogastrica; vi ha vomito frequente e spasmodico; polso piccolo e frequente. Dopo 3 ore dall' operazione c'é depressione del sensorio, algidità periferica, sudore freddo per tutto il corpo, polso delle radiali impalpabile, polso carotideo piccolo, celere, frequente (130), respiro 40, temperatura ascellare 36° C.; persiste il vomito bilioso; addome non aumentato di volume; la pressione all'ipogastrio provoca dolore ed irrequietezza; è tollerata la pressione nel resto dell'addome; tenesmo rettale. Si praticano ipodermoclisi con soluzione cloruro-sodica fisiologica ed iniezioni di caffeina. Poichè nonostante il purgante, vi è ristagno di feci, si fa un enteroclisma di olio, che vien seguito da abbondante evacuazione. La sera, dopo ripetute ipodermoclisi ed iniezioni di digitale, castoro e caffeina, il polso delle radiali comincia a sentirsi, la temperatura (alle 7 pom.) è 36°, 3 C., il polso 120, il respiro 38. La notte scompare il polso e la temperatura si abbassa a 35°; si pratica una trasfusione di un litro di soluzione cloruro-sodica fisiologica.

Il 20 marzo continua l' abbattimento profondo, l' espressione angosciosa del volto; vi ha sudore freddo, vomito bilioso, dolori addominali, dolorabilità alla pressione estesa a tutta la porzione sotto-ombelicale dell'addome; vi è mancanza assoluta di meteorismo; c'è emissione di aria ed acqua sporca dal retto; temperatura 34°,6 C., polso carotideo piccolo, frequentissimo, irregolare (150); respiro superficiale (36). Si continuano a somministrare eccitanti per iniezioni sotto-cutanee; ipodermoclisi. Alle 12 il polso carotideo è più ampio, meno frequente (120); temperatura 35°;3 C; respiro 38. La sera peggioramento: vomito erbaceo; dolori diffusi a tutto l'ambito addominale; molto aumentata la dolorabilità alla pressione, che non permette il contatto delle coltri; leggero meteorismo; ventre chiuso; temperatura 35°; polso innumerabile; respiro superficiale. Si continuano le ipodermoclisi e gli eccitanti. Il 21 marzo continua il peggioramento; espressione del volto angosciosissima, occhi

profondi, naso affilato, sudor freddo; mente lucida; respiro superficiale, ansante; singhiozzo fastidioso; vomito di masse erbacee di cattivo odore; ventre rigonfio, dolentissimo, meteorismo accentuato; temperatura 35°,7 C; polso delle carotidi piccolissimo; irregolare, innumerabile.

Alle 10 dell'istesso giorno il Prof. D'Antona senza narcosi, servendosi dell'anestesia locale con il cloruro di etile, incide alla parte laterale destra dell'addome all'interno della spina iliaca antero-superiore. Vien fuori in fiotto una quantità di essudato siero-purulento senza masse fibrinose, giallo, inodoro. Le anse intestinali distese, iperemiche, sono libere, nuotanti nel liquido. Le dita possono muoversi liberamente nel cavo peritoneale. Con un tubo di gomma si fa un ampio lavaggio del cavo addominale con soluzione calda di cloruro di sodio al 0,7 0[0, prolungato per circa 1[4 d'ora, spingendo l' acqua in tutte le direzioni. Dopo l' abbondante lavaggio, allo scopo di provvedere alla paralisi intestinale, si tira fuori della ferita un'ansa dell'ileo distesa, e dopo averla suturata alla parte superiore della ferita addominale, la si apre e si svuota dell'aria e del poco liquido che contiene. La porzione inferiore della ferita vien separata per mezzo di due punti dalla porzione superiore a cui è fissata l'ansa, e viene lasciata aperta per lasciar passare un grosso tubo di gomma a sifone, che si fa passare nella cavità addominale. Tra l'apertura intestinale ed il tubo di gomma si mette una striscia di garza e si ricopre con caoutchouc laminare.

Dopo l'operazione lo stato generale non si modifica, ma continua ad essere profondamente depresso. Continuano il singhiozzo e tutti gli altri sintomi; la temperatura sale a 36°,2 C, alle 2 pom. è 36°, 4 C. Da allora comincia ad abbassarsi progressivamente; alle 4 pom. è 35° C; polso carotideo appena percettibile, innumerabile; estremità cianotiche ed insensibili, mente lucida e senso di benessere. In seguito raffreddamento progressivo del corpo. Morte alle ore 7 1[2 pom.

L' autopsia non fu permessa. All'esame microscopico del pus ottenuto dalla vagina si vedono dei leucociti a nucleo poliforme, polinucleati ed in vario grado di cromatolisi; granulazioni cromatiche e detrito protoplasmatico; in esso si riscontrano esclusivamente dei diplococchi appiattiti, a forma di grani di caffè, disposti per lo più in gran numero dentro le cellule, ben colorabili col Gram: essi presentano cioè tutti i caratteri dei gonococchi. Col pus furon fatte piastre di agar semplice, che rimasero sterili.

L'essudato peritoneale era assai liquido, giallo, senza fiocchi: in riposo si divideva in uno strato superficiale, limpido citrino ed uno strato profondo di una sostanza granulosa bianca. C' erano leucociti per lo più polinucleati, alcuni con movimenti ameboidi, con nucleo polimorfo, dei grossi linfociti mononucleati a protoplasma chiaro, alcuni con granuli ed emazie inglobati; in molti si osservano tutti gli stadi della cromatolisi, grande quantità di granuli cromatofili e di granulazioni albuminoidi piccolissime, libere nel liquido, globuli rossi conservati o alterati, abbondante numero di cromatofagi, poche cellule a grosse e piccole granulazioni eosinofile. Si vedono esclusivamente numerosi diplococchi, della forma dei gonococchi, disposti dentro le cellule, specie nei leucociti polinucleati.

Col metodo di Gram e di Weigert si scolorano completamente. Oltre a questi cocchi descritti non si vedono nel pus altri microrganismi. Mediante gli innesti e gli esperimenti sugli animali si potè vedere che il microrganismo rinvenuto nel pus del peritoneo non era altro che il gonococco anco perchè questo si accresceva solo nel brodo-siero e perchè la coltura vivente iniettata produsse la morte non per infezione peritoneale ma per marasma da intossicazione, concordemente alle esperienze del Wassermann.

Ma in questo caso di peritonite certamente gonococcica si trattava in realtà di una forma diffusa? Il Muscatello crede che questo sia sicuramente il primo caso di una peritonite diffusa dovuta esclusivamente al gonococco. (*Il Policlinico*, n. 10, 15 agosto 1899).

Movimento biologico universale

1. Berlioz fa « **l' analisi dell' urina di un uomo rimasto per 8 giorni senza mangiare nè bere** ». Conclude che questa analisi dimostra un fatto notevole di sospensione della nutrizione analogo a quello degli animali ibernanti e dei fakiri dell'India (*Gazzette des hôpitaux*, n. 92, 15 e 17 agosto 1899).

2. F. Schlagenhaufer riferisce un caso di « **degenerazione cistica della mucosa del naso e delle cavità accessorie** ». Le cisti erano numerose, in parte peduncolate, in parte aderenti per larga base, di varia grandezza, per lo più quanto un pisello. Il contenuto era leggermente torbido con un nucleo centrale solido gialliccio, a forma di pera. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 35, 1899).

3. Ackermann riferisce un curioso caso di « **nevralgia del trigemino** » provocata da un dente soprannumerario. Trattavasi di una signora la quale da un anno e più era tormentata da accessi nevralgici alla bocca, che furono attribuiti a nevralgia del trigemino, e propriamente della 3ª branca. Essendosi emesso il sospetto che qualche neoplasia si fosse potuta impiantare su questa branca si intervenne chirurgicamente, in luogo però di trovare un tumore si trovò un corpo che dapprincipio sembrava un sequestro e dopo si vide essere un molare soprannumerario, che comprimeva il nervo. L' in-

ferma dopo ciò guari, come per incanto. (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, n. 36, 3 settem. 1899).

4. AUDION riferisce « **due osservazioni di peritonite acuta secondaria probabilmente a pneumococco con esito rapidamente letale** ». In entrambi i casi la peritonite non si è presentata solo come una complicanza della bronco-polmonite; essa ha dominato il quadro clinico degli ultimi giorni ed ha richiamato tutta l'attenzione. (*Gazette hebdomadaire de mèdecine et de chirurgie*, n. 6, 6 agosto 1899).

5. TRIANTAPHYLLIDES si occupa « **delle nevrite nella malaria** ». Conclude che oltre alle nevriti che colpiscono i malati di infezione palustre ed in cui la malaria non gode che l'importanza di causa adiuvante o predisponente, esistono nevriti, che sono veramente d'origine palustre. Queste ultime nevriti sono giustiziabili della cura chininica. (*Journal des praticiens*, n. 29, 22 luglio 1899).

6. AUDARD riferisce « **un caso d'orchi-epididimite tifoidica** ». Fa rilevare l'importanza di questa osservazione per la rarità relativa dell'orchite tifoidica. Liebermeister in 200 casi di tifo che ha osservato non l'ha notata che tre volte. (*Archives de médecine*, agosto 1899).

7. NEUMANN si occupa della « **itterizia e della sua presenza a Berlino** ». In molte città della Germania ed a Berlino in ispecie vi sono dei periodi in cui si osservano delle vere ipedemie di itterizia catarrale. È curioso il fatto che in certe strade e in certe famiglie si ha il numero maggiore dei casi. Certamente si deve trattare di una malattia infettiva, contagiosa i cui germi inutilmente sono stati cercati dal Neumann. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 35, 31 agosto 1899).

8. GOTTSTEIN E BLUMBERG si occupano della « **sterilizzazione delle mani** » e contrariamente a Döderlin conchiudono che lemani non possono venire mai completamente rese prive di germi. Anche adottando il metodo prolungato di Fürbringer, nel 25 0|0 dei casi si riesce a trovare dei germi nelle mani, specie se vi esistono piccole soluzioni di continuo. Il pregio della disinfezione con l'alcool è semplicemente apparente. Gli autori conchiudono che si debba ritornare all'antica antisepsi, pure giovandosi dei trovati sicuri dell'asepsi. Infine per le osservazioni asettiche raccomandano i guanti di filo da cambiarsi spesso. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 34, 1899).

9. JEYEN a proposito della « **etiologia e cura dei linfomi del collo** » afferma come talora essi debbano la loro origine ad alterazioni delle tonsille, o ad eventuali vegetazioni adenoidee, per cui l'unica cura razionale è quella di allontanare le vegetazioni e estirpare le tonsille. S'intende che le cure antiscrofolose in questi casi restano senza effetto. pertanto riferisce sei casi di guarigione assoluta di linfomi al collo in bambini, colla asportazione delle vegetazioni adenoidee di cui erano affetti. (*Centralbatt für innere Medicin*, n. 35, 2 settembre 1899).

10. BIER ritorna « **sulla tecnica del suo processo di amputazione** » da cui risulta un moncone capace di portare un apparecchio di protesi. Egli dice che per raggiungere tale scopo è uopo servirsi della sega del Gigli, che può anche servire per le amputazioni osteo-plastiche (*Centralblatt für Chirurgie*, n. 35, 2 settembre 1899).

TERAPIA CHIRURGICA

LA TERAPIA RAZIONALE DELLA LINFADENITE INGUINALE SUPPURATIVA

Uno sguardo alla storia della terapia della linfadenite inguinale suppurativa mostra che i medici in tutti i tempi si sono sforzati d'escogitare nuovi metodi terapeutici, il che dimostra che i metodi precedenti non sembravano adatti a raggiungere quanto si desiderava. La guarigione sicura in breve tempo, il tenere lontana qualsiasi complicazione, l'ottenere cicatrici non appariscenti, quale risultato finale, questi sono stati e sono sempre i punti di vista alla stregua dei quali si giudicano i singoli metodi di cura. Che i metodi del periodo preantisettico, per quanto anche alcuni di essi possano essere stati razionali, lasciassero in conchiusione molto a desiderare, non deve recar meraviglia, giacchè quand'anche l'operazione fosse eseguita splendidamente, pure durante essa e durante il lungo trattamento postumo restavano aperte le porte agli agenti morbosi, cosicchè non era possibile di fare una prognosi. L'introduzione dell'antisepsi nella terapia chirurgica rese il decorso della malattia indipendente dall'eventualità, e solo allora i singoli metodi poterono mostrare quanto essi erano in grado di dare. L'atto operativo, col quale s'è intervenuto il più spesso, è l'apertura larga del *bubo suppurans:* questa, allontanando quasi tutto quello che havvi d'ammalato colle cautele antisettiche e con un accurato trattamento postumo antisettico, sembra offrire le maggiori probabilità di una guarigione rapida e sicura. A questo metodo però stanno legati gravi difetti, specialmente dal punto di vista del paziente: grandi dolori, che richiedono per lo più una narcosi da inalazione più profonda, cosicchè il paziente sottostà anche ai pericoli della narcosi. L'operazione può venire eseguita soltanto in un locale appropriato con assistenza.

Il trattamento postumo s'estende a parecchie settimane, ed anche mesi. Onde rimediare in tutto o in parte a quest'inconveniente, vennero escogitate ed eseguite nuove modalità numerose di trattamento della linfadenite inguinale suppurativa; con

gli antichi antisettici, vennero adoperati per iniezioni dentro ed intorno la cavità ascessuale quasi tutti i nuovi antisettici, mano mano che venivano scoperti. Sia che i farmaci adoperati fossero inadatti a debellare la malattia, sia che l'esecuzione dell'iniezioni lasciasse molto a desiderare, i metodi non incontrarono e tornarono di nuovo nell' oblio.

Brandl ha avuto occasione di provare il valore dei diversi metodi terapeutici su d' un materiale di più di 200 casi di linfadenite inguinale suppurata, e riassume (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, n. 35, 29 agosto 1899). in breve le sue esperienze sul riguardo. Tostochè si avverte fluttuazione evidente del bubone, è il caso d'intervenire con un atto operativo.

Non è a consigliarsi d'introdurre e di iniettare soluzioni antisettiche nei focolai flogistici, quando non si ha ancora la fluttuazione, giacché molto di raro ha luogo con esse una retrocessione del bubone. Una linfadenite inguinale, che non retrocede col riposo a letto (il quale può essere combinato con impacchi di ghiaccio, pennellazioni ecc.), non cede, o molto raramente, alle diverse iniezioni. L'aspettazione inattiva, dopoché nel territorio infiammato si è già formato un focolaio purulento, è certamente svantaggiosa, giacchè nel corso dei giorni seguenti il tessuto che si trova in preda all'infiltrazione flogistica si disfà per la suppurazione per lo più anche in altri siti; i singoli focolai purulenti si mettono in comunicazione difficultando così e traendo in lungo l'operazione ed il trattamento consecutivo.

Trattasi di scegliere il processo operativo più adatto per il singolo caso. L'unico processo che conduce sicuramente allo scopo in tutti i casi è sempre l'apertura larga della linfadenite inguinale con lo allontanamento successivo di tutto quanto havvi di morboso. Dopo che il paziente ha preso un bagno, si rade il campo operativo, si pulisce con etere ed alcool e si disinfetta con una soluzione all' 1 0|00 di sublimato. L'incisione cutanea si pratica secondo il maggior diametro dell' ascesso in modo che incontri la cupola; la metà di essa apre d'ordinario la cavità piena di pus. Sotto l'irrigazione del campo operativo con la soluzione al millesimo di sublimato con una forbice diritta e colla guida di una sonda cava si spacca la volta dell'ascesso secondo la linea segnata dall' incisione cutanea; le pareti della cavità messe così allo scoperto vengono raschiate radicalmente col cucchiaio tagliente, contemporaneamente si portano via i gangli infiammati isolati, se ve ne ha; se essi non cedono al cucchiaio tagliente debbono essere portati via col coltello e colla forbice. La cavità liscia viene irrigata di nuovo colla soluzione di sublimato, s' asciuga e si riempie a metà con glicerina iodoformica, jodovasogeno od emulsione di airolo e si tampona con striscie di garza, ecc. Il tutto si fissa convenientemente. L'operazione, se portata celermente a compimento, può venire eseguita sotto l'anestesia locale. Però, quando si prevede una lunga durata dell'operazione o mancanza di forza, di volontà nel paziente, è consigliabile di operare nella narcosi generale.

Brandl si serve della narcosi col bromuro di etile. L' allontanamento dei margini cutanei del bubone aperto è necessario in pochissimi casi. Non è necessario e non serve allo scopo il cacciar l'indice nella cavità per constatare le sue specialità e per staccare le ghiandole; il cucchiaio metallico tagliente bollito e tenuto in una soluzione carbolica al 30 0|0 offre maggiori garenzie per l' antisepsi dell'atto operativo. L'emorragia è ordinariamente di poco rilievo e s'arresta quasi sempre colla compressione; è rarissimamente necessario di praticare la torsione o la legatura di piccole arterie sanguinanti. Il pericolo della ferita dei vasi crurali è da escludersi affatto, ove il cucchiaio penetri nella profondità in tratto parallelo all'asse dei vasi.

La cura consecutiva è semplice.

La fasciatura compressiva summentovata può mantenersi per 3-4 giorni, ove un' eccessiva secrezione non costringa a rinnovarla prima.

La cavità si riempie tosto, premesso che si sia allontanato col cucchiaio tutto il tessuto imbibito di pus, di granulazioni rosee; se esse in alcuni punti assumono uno sviluppo esagerato, dà buono effetto il toccamento delle stesse con una soluzione di nitrato d'argento al 10 0|0. In 8-6 settimane, secondo la grandezza e la forma della cavità ascessuale, è da aspettarsi quasi sempre la guarigione e rimane una cicatrice liscia diritta, della larghezza di 1|2 ad 1 mm., la cui posizione e direzione corrisponde al taglio della pelle eseguito in sul principio.

La cosmesi non è ideale, giacchè non può ritenersi per bella una cicatrice lunga cm. 10 e più. Fra pochi metodi radicali, solo uno, adoperabile nel maggior numero dei casi di linfadenite, richiede una durata minore per la guarigione ed è atto a dare un successo migliore dal punto di vista cosmetico, e perciò merita d'essere raccomandato: è il metodo di Lang. Non nuovo in tutto, questo metodo ha dei vantaggi così essenziali di fronte a tutti gli altri metodi, ch'esso sembra significhi un progresso essenziale nella terapia razionale della linfadenite.

I caratteri del rivestimente cutaneo non hanno importanza essenziale, finchè esso non presenta perdita di sostanza; anche rivestimenti cutanei fortemente infiltrati per flogosi ritornano in poco tempo allo stato normale dopo l' operazione di Lang. Si pratica una puntura lunga 5-6 mm., si fa scorrere fuori quietamente il pus senza premere troppo, poscia si inietta colla siringa di Pravaz una soluzione di nitrato d'argento al 1 $^0|_0$. S' inietta della soluzione tanto, finchè la cavità sia ripiena. Si pratica poscia una fasciatura protettiva. L'iniezione della soluzione di nitrato d'argento si pratica

dapprima giornalmente, poscia, diminuita la secrezione, si ripete ogni due giorni. Quasi tutti i bubboni trattati in questa guisa mostrano diminuzione della secrezione e rapida scomparsa della periadenite. Il risultato finale è sempre una cicatrice lineare lunga mm. 5.

L'operazione decorre indolente nel caso che il luogo della puntura si renda anestesico con alcune goccie d'una soluzione di cocaina all' 1 °[o o col cloruro d'etile; l'iniezione della soluzione di nitrato d'argento produce, anche negl'individui sensibili, soltanto un senso di tensione o di lieve bruciatura, che però scompariscce costantemente dopo pochi minuti. All'operazione di Lang s'adattano però solo quelle linfadeniti, che, quantunque risultanti da parecchi gangli tumefatti, pure formano un tutto continuo, cosicchè si forma unica cavità purulenta, in questi casi la soluzione iniettata può spiegare la sua attività. Dove però i singoli gangli linfatici infiltrati non confluiscono in un tumore, dove il dito che palpa constata dei setti robusti fra i diversi gangli ed i varii gruppi gangliari havvi poca probabilità di raggiungere lo scopo soltanto col metodo dell' iniezione anche quando, come consiglia Lang si punga ed inietti in diversi punti. Il liquido iniettato non può penetrare nei canali d'unione dei singoli focolai purulenti. In tali casi non resta a fare altro che aprire largamente ed allontanare non solo i gangli, ma anche i tessuti che si trovano fra essi.

ARTE ED ANATOMIA

L'ANTEMION

Wallace Wood fu il primo a dar notizia della forma d'antemion sul lobo occipitale inferiore d'un cervello di donna. Nel preparare i due emisferi separati col processo dell' acido nitrico e del bicromato, osservò un giorno scolpita quasi semplicemente sull'emisfero sinistro una figura di tre foglie o di ruoli di carta intrecciati che produceva quasi l'impressione della metà del ben noto disegno che corona quasi tutti i monumenti attici ed i templi greci, il fiore mistico di vita in morte, l'antemion o *palmette*. Due mesi dopo, mentre era intento a preparare una serie di cervelli di bestie bovine, fu sorpreso, anzi stupefatto di trovare che il lobo occipitale inferiore, il quale nei buoi e nelle vacche è molto largo ed è infatti il solo lobo occipitale, presentava all'occhio nudo un' apparenza che a lui sembrò non poter esser altro che il famoso antemion intiero, la metà destra sull'emicerebro destro, la metà sinistra sull'emicerebro sinistro, l' antemion. La sua mente ricorse subito all' albero sacro, all' albero della vita', col suo fiore mistico, nei monumenti assirii, dove è spesso rappresentato.

Sorse allora la questione: potevano gli antichi Egiziani, Assirii e Greci, presso i quali l'antemion era di un costante disegno sepolcrale, essere a conoscenza di quest'apparenza analoga nel lobo occipitale inferiore dell'uomo e del bue? La risposta è negativa.

Il ben noto disegno sepolcrale e simbolo è nella sua origine distintamente floreale e non animale o cerebrale; esso deriva probabilmente dal loto o giglio d'acqua.

L'antemio od il fiore mistico dell' albero della vita quale disegno sepolcrale si originò in Egitto, passò in Assiria e raggiunse il suo culmine in Grecia, dove assunse due forme opposte: una è l' antemio maschio o convesso che in origine era una colonna conica, l'altra era l'antemio concavo o femmina, disegno sparso copiosamente in tutti i vasi sepolcrali greci. Raramente si trova l'antemio femmina sul cono sepolcrale, giammai il maschio sulla coppa sepolcrale. Il fiore sacro dalle due forme è passato nell'architettura civile e, noto col nome di palmetto, è uno dei disegni classici più comuni. La forma d' antemio predomina nei cervelli delle bestie cornute e dei cavalli. Nelle pecore Wood osservò che le curve sembravano corrispondere alle curve delle corna, corrispondenza che non deve sorprendere, dovendo l'antemio e le corna essere considerati senza dubbio come caratteri sessuali secondarii. (*New York Medical Journal*, vol. 70, n. 9, 26 agosto 1899).

TUBERCOLOSI

PATOGENESI, PROFILASSI E TERAPIA

1. *M. Heim* si occupa del **pericolo del contagio nella tubercolosi e della diffusione della medesima.** — Mentre secondo Cornet la diffusione della malattia avviene a preferenza per mezzo dello sputo disseccato in forma di polvere, Flügge e Fränkel danno importanza per la trasmissione alle goccioline di sputo che i tisici emettono nell'ambiente quando parlano o tossiscono. Non si può attribuire la diminuzione della mortalità in Prussia, ai processi profilattici di Cornet che ivi sono adottati, perchè tale diminuzione è stata osservata anche in Inghilterra dove sono in vigore procedimenti profilattici diversi. Molti fatti dimostrano che il pericolo di infezione nell' uomo non è poi grande, il che si spiega ammettendo che il bacillo tubercolare produce la malattia solo quando nell'individuo trova la disposizione opportuna: esso vi deve trovare un punto favorevole di annidamento e poi quelle condizioni che diminuiscono i poteri protettivi dell'organismo, come malattie, cattiva nutrizione ecc. Dimodochè si può ritenere, secondo Heim, che il bacillo tubercolare nei non predisposti è innocuo e diviene pericoloso solo nei predisposti. Da ciò deriva che il compito

della profilassi, oltrechè di combattere il bacillo deve essere quello di combattere la disposizione, rendendo gli individui più robusti e meglio capaci di resistere al bacillo.

2. *Schnirer* si occupa della cura medicamentosa **della tubercolosi polmonare.** — In questa fin di secolo, colla istituzione dei Sanatorii per i tisici, si è quasi ristretta la cura della tubercolosi alle semplici norme dietetiche. Iperareazione ed iperalimentazione, si può dire che rappresentano l'ultima parola della terapia, diremo quasi, *di moda* della tubercolosi. Però, osserva Schnirer, non bisogna dimenticare, che accanto alla terapia fisico-dietetica, veramente eccellente, si deve dar posto ad alcuni farmaci che esercitano indubbiamente una azione anti-tubercolare sperimentata da lunga data. Egli fra tutti dà preferenza al tiocolo, che è un preparato di guaiacolo, e precisamente un orto-guaiacolsolfato di potassio. Esso contiene il 52 % di guaiacolo, è solubilissimo, inodore e di sapore leggermente salato. Per questi caratteri e per non essere velenoso, facilmente assorbibile, e di spiccata azione antitubercolare il tiocolo deve occupare uno dei migliori posti della terapia della tubercolosi. Si prescrive a dosi giornaliere di 3 6 grammi o in soluzione acquosa con sciroppo corrigente, o in polvere con ostia.

3. *W. F. Maya* si occupa della **tubercolosi localizzata all' intestino.** Egli ritiene che la tubercolosi primaria dell' intestino sia meno frequente di quel che si crede. Fa una rassegna della casuistica clinica e pratica e discute delle varie forme e lesioni che la tubercolosi può produrre nel tratto intestinale, intrattenendosi specialmente sulle stenosi. Fa rilevare come la localizzazione più frequente sia sul tratto ileo-cecale e come la cura più efficace sia la chirurgica, praticando la resezione dell'intestino affetto. Con questi criterii egli ha trattato sette casi di tubercolosi intestinale, ed ha avuto 1 morte, 2 migliorie e 4 guarigioni.

4. *Argellier* in una recente dissertazione alla Facoltà medica di Lione si è occupato della **tubercolosi della ghiandola mammaria.** Si è creduto da lunga pezza, che la mammella fosse esente da tubercolosi, invece, non solo ciò non è vero, ma anzi la tubercolosi mammaria non è tanto rara ad osservarsi. S' intende che vi vanno soggette più le donne, e specialmente quelle in età fra i 20 e i 50 anni. Quasi sempre è secondaria, rarissimamente primitiva. La diagnosi in principio è quasi impossibile, poichè la malattia decorre in modo subdolo, più tardi si confonde colla mastite, cogli adenomi e coi tumori maligni. Le ghiandole dell' ascella sono sempre ingrossate, e talora caseificano e suppurano. La cute non è quasi mai alterata, e non si hanno aderenze coi tessuti profondi. Spesso però i tubercoli caseificano, suppurano e si aprono all' esterno, lasciando una o parecchie fistole torpide. La cura è certamente chirurgica, (s'intende non si tralasceranno le cure interne ricostituenti) e consiste nella asportazione parziale o totale della mammella.

5. *Löffler* riferisce un caso di **tubercolosi primitiva delle ovaie.** Trattasi di una ragazza diciannovenne la quale fu ricevuta in clinica per fatti di tubercolosi addominale, e dopo poco tempo se ne morì. All' autopsia non si trovò nulla ai polmoni e agli organi toracici, solo le ghiandole peribronchiali erano ipertrofizzate. Il peritoneo era tapezzato di tubercoli miliari, così anche la milza; sul fegato si notava un grosso nodulo caseificato. I genitali erano integri tranne le ovaie le quali erano interamente caseificate. Con certezza la tubercolosi primitivamente aveva invaso questi organi.

6. *Amat* tratta del contagio della **tubercolosi nelle strade ferrate.** I vagoni, gli omnibus, le carrozze pubbliche, sono dei veri focolai, ove con grande facilità si può contrarre il terribile male. I municipii, i governi e specie le amministrazioni delle strade ferrate dovrebbero prendere a cuore la quistione, ed escogitare dei mezzi adatti (sputacchiere, disinfezione giornaliera delle vetture etc.) a rendere inoffensivi tali mezzi di viabilità.

M. Heim. *Deutsche Aerzte-Zeitung*, 15 agosto, fasc. 8, 1899. — Schnirer. *Prager medicinische Woch.* n. 33, 1899. — W. J. Maya. *New-York medical journal*, n. 8, 19 agosto 1899. — Argellier. *Klinische therapeutische Wochenschrift.* n. 35, 27 agosto 1899. — Löffler. *Wiener medicinische Wochenschrift.* n. 35, 26 agosto 1899. — Amat. *Bulletin général de Thérapeutique*, n. 138, 23 agosto 1899.

FORMULARIO

Leyden. — **Contro la emicrania.**

Estratto fluido di coca . . . . . gr. 30
Bicarbonato di soda . . . . . . » 2,50
Vino di Xeres . . . . » 10
Acqua di melissa. . . . . » 100
Olio dolce di cedro (oleosaccarato). » 5
Tre cucchiai al giorno.

Cancro dell'utero.

Tamponamenti disinfettanti:
Iodoformio . . . . gr. 15
Solfato di chinina . . . . . . » 3
Carbone polverato . . . . . . » 25
Essenza di menta. . . . . . . » X
Con questa polvere si fanno medicature ogni giorno dopo un'irrigazione d'acqua calda.

NOTIZIE E VARIETA'

Un'esposizione dell'esercito della salute

Il *Journal des Débats* settimanale (n. 289) descrive l'esposizione che l' esercito della salute ha organizzato a Londra, all'hall dell' agricoltura. È

una strana mescolanza di manifestazioni religiose e di benintesa pubblicità, e la maggiore curiosità è destata da quella sezione in cui sono riprodotte le miserabili catapecchie londinesi, dove si vedono i membri della Società assistere i poveri. Vi sono poi delle belle botteghe in cui si offrono ai visitatori frutti e legumi delle fattorie che l'esercito possiede in tutti i punti del Regno Unito. Un po' più in là si ammira un asilo notturno sul modello di quello tenuto dai salutisti e dentro vi si vedono dei vagabondi autentici assistiti affettuosamente.

In un'altra sezione si vede un villaggio ch'è stato « occupato » dai soldati del generale Booth: Su di una piazza sono raccolti i carri, dette « batterie », su cui vengono trasportati di villaggio in villaggio i predicatori che qui si vedono annunziare il loro vangelo. Finalmente figura anche all'esposizione, in scene veramente pittoresche, l'opera che l'esercito va compiendo nelle colonie e nei paesi lontani; vi si trova un kraal di Zulù, un villaggio indiano e in quest'ultimo un numeroso gruppo di fanciulli, strappati alla morte durante l'ultima carestia, canta gli inni dell'esercito. In fondo all'hall c'è un palco colossale con 3000 posti, dove si tengono ogni giorno dei meétings, e il generale Booth, lo strano personaggio che farebbe pensare a Cromwell se non somigliasse ancora più a Barnum, fa l'elogio dell'istituzione da lui fondata.

Il peso del cervello e l'intelligenza

Si ammette molto facilmente un rapporto fra il peso del cervello e la capacità intellettuale; ma pertanto qualche volta questa idea è contradetta dai fatti. Il caso più celebre è quello di Gambetta, il cui cervello pesava solamente grammi 1200.

J. Simms nella *Popular Science Monthly* ha riunito un certo numero di queste contraddizioni.

Dalle sue ricerche risulta che il cervello più pesante conosciuto finora è quello di un venditore di giornali di Londra, un tipo di idiota: il peso di questo cervello era di 2400 grammi.

Vien dopo il cervello di Rustan, un povero e miserabile contadino della Scandinavia; il cervello pesava 2340 grammi.

Il cervello di una piccola indiana pesava gr. 2200, cioè 70 grammi di più del cervello più pesante (gr. 2130) degli uomini di ingegno, quello p. es. di Tourguenieff, il romanziere russo.

Il peso medio del cervello dell'uomo varia notevolmente; secondo Flint esso è di gr. 1500, secondo Krause, è di gr. 1050.

Ora Simms ha trovato che i cervelli di 60 persone celebri davano il peso medio di g. 1530, ciò che non li eleva al di sopra della media ordinaria minima, mentre il peso medio di 10 cervelli di idioti e 5 di imbecilli raggiungeva la cifra di grammi 1776.

Bisogna dunque, in materia di cervello, come in tutte le altre, distinguere fra quantità e qualità; è certo però che, per un organo così complesso come quello del pensiero, la struttura intima e la disposizione dei rapporti degli elementi cellulari deve avere un'importanza principale.

Quanto consumano i vari popoli

Ecco una interessante statistica:

L'inglese mangia in media 4 libbre di patate al giorno, i tedeschi consumano ogni anno in patate, il quarto della produzione generale del globo; la Francia ne consuma 700 libbre all'anno, l'Italia appena 48.

I francesi mangiano più pane che non gli inglesi e i tedeschi; gli Stati Uniti consumano 147 libbre di carne per ogni abitante all'anno; seguono: l'Inghilterra con 100, la Germania con 64, e l'Italia con 24 appena.

In America ogni abitante mangia non meno di 133 uova all'anno, in Inghilterra 39, in Francia 75, in Italia 42,

Uno strano caso di letargia

I giornali russi scrivono che all'ospedale di Simpheporol in Crimea, venne ricoverato un soldato tartaro infermo.

Posto a letto il tartaro si addormentò, sono ora scorsi sei giorni, e non si è più svegliato. Il sonno è calmo e le membra del dormente conservano la loro ordinaria elasticità. Perchè il disgraziato non muoia lo si nutrisce con del latte introdotto artificialmente.

Una parte del corpo però va perdendo la sensibilità, tanto che fatte alcune punture negli arti inferiori, la gamba destra si mantenne immobile e solo la sinistra diè segno di sensibilità dolorifica.

Parecchi medici vegliano l'infermo e studiano il caso.

La musicoterapia

Si è già parlato di una cura musicale per certe malattie: ma si dubitava trattarsi di ciarlatanesimo.

Ora il dottore Corning ha creato la musicoterapia la quale par destinata a grandi successi.

Il paziente veste una specie di cappuccio che gli copre ben bene il capo, lasciando solo il volto libero.

Il cappuccio è munito all'altezza delle orecchie di due coppe metalliche su ciascuna delle quali è fissato un piccolo tubo posto in comunicazione con un fonografo.

Il fonografo agisce non solamente sui nervi sensitivi, ma determina, per mezzo delle vibrazioni sonore, importanti modificazioni nei gangli cerebrali.

Ciò che tende a provare questo fatto è che un nevrastenico, dopo essere stato per qualche tempo durante il sonno sotto l'azione di un fonografo, si sente, svegliandosi, come sollevato e in certo modo può dirsi ch'egli rivive fisicamente e moralmente.

Le armonie, gli arpeggi, i toni minori sono raccomandati in special modo. La musica di Wagner, per esempio, possiede qualità mediche eccellenti!

GAZZETTINO

VIENNA. *Statistica.* — Negli ospedali civili di Vienna dal 13 al 19 agosto scorso, sono stati ricevuti 5550 individui. Di questi 1209 furono licenziati, 149 morirono e 4192 sono in cura; la mortalità raggiunse dunque il 10, 97 0[0. Sono stati denunziati inoltre i seguenti casi di malattie infettive: difterite 26 casi, tracoma 2, dissenteria 2, tifo addominale 4, varicella 8, scarlattina 15, morbillo 76, pertosse 19, erisipela 25, febbre puerperale 9.

Dal 20 sino al 26 agosto 1899, furono ricevuti negli ospedali civili di Vienna 5558 persone; fra queste 1192 furono licenziate, 140 morirono. Furono denunziati i seguénti casi di malattie infettive: 44 casi di difterite, 1 di oftalmia, 2 di tifo addominale, 3 di dissenteria, 7 di varicella, 24 di scarlattina, 69 di morbillo, 23 di pertosse, 37 di erisipela e 4 di febbre puerperale.

VIENNA. *Ambulatorio per i bambini.* — In una delle ultime riunioni si é costituito una società la quale ha lo scopo di costruire una casa di salute per i bambini poveri. S'incomincerà dapprincipio coll'impiantare un semplice ambulatorio e in seguito si penserà alla fondazione dell'ospedale. In esso saranno ricoverati tutti i bambini, senza differenza di religione. La società fidente nella pietà dei socii e nella carità dei cittadini, spera di poter far sorgere prestissimo prima l'ambulatorio e poi la casa di salute.

VIENNA. *Congresso della Società tedesca per la salute pubblica.*—Dal 13 al 16 settembre avrà luogo a Norimberga il XXIV Congresso della Società tedesca per la salute pubblica. Si discuteranno i seguenti temi: « Giudizio igienico sui diversi modi di illuminazione artificiale, con particolar riguardo alla distribuzione della luce ». « Necessità di una grande pulizia nei piccoli spacci di generi alimentari » (Relatore prof. Heim). « Importanza e compito dei medici scolastici » (Relatori Schiller e Schubert). « Provvedimenti contro l'importunità del fumo nelle città » (Relatore prof. Bach).

VIENNA. *Società dei medici dell' Austria meridionale.*—Nell'ultima riunione della Società dei medici dell'Austria meridionale, l'assemblea eleggeva i seguenti membri: Dott. Witlàcil, presidente. Dottor Ritter von Karajan e prof. Oser, vice-presidenti. Dott. Biac, segretario. Dott. Hertzka cassiere. Dottor Kohm, Adler, Tinus e Gorhan, membri direttori.

VIENNA. *Firma del medico.*—Il Ministero dell'interno ha stabilito recentemente che la sottoscrizione del medico negli oggetti di drogheria non ha valore come prescrizione medica nel senso del decreto ministeriale del 17 settembre 1883, nel caso che si tratti di una sostanza medicinale ovvero di una forma determinata di sostanza da servire come medicamento.

VIENNA. *Concetto delle prescrizioni mediche.* — Il Ministero dell'interno per quanto riguarda le prescrizioni mediche afferma che esse non hanno alcun valore se inviate nelle drogherie.

VIENNA. *Onorarii di medici di Società.*—Per mostrare, come ovunque, i medici delle Società, sieno retribuiti malissimo, a Vienna si è fatto il calcolo quasi esatto, e si è visto che i medici di alcune fra le migliori Società locali, vengono ad aver pagata la visita a 13-15 soldi. Come è vero che tutto il mondo è paese, così è vero che le Società avviliscono il medico, e sono la causa della decadenza economica della casta.

VIENNA. *Vendita di prodotti farmaceutici senza autorizzazione.* — Un farmacista, il quale vendeva degli estratti secchi per preparare infusi, estratti fluidi, sciroppi e tinture, fu punito dal Consiglio sanitario locale, per la vendita abusiva di tali estratti. Egli peró ricorse al ministero dell'Interno affermando che tali estratti da servire per la preparazione dell'infuso di digitale, di poligola, di ipecacuana, sciroppo di altea etc. non erano delle specialità non autorizzate, ma delle preparazioni eseguite secondo le norme della farmacopea locale.

VIENNA. *Onorificenza.* — Il prof. Schrötter di Vienna, fu eletto socio del club di medicina interna di Berlino, socio onorario della Società berlinese laringologica; eguale onorificenza si ebbe dalla Società terapeutica di Parigi. I consiglieri sanitarii M. Bartels, Schütz e Selberg di Berlino, vennero eletti consiglieri aulici.

BUDAPEST. *Il più grande sanatorio per la tubercolosi.* — Il più grande sanatorio per i tubercolosi sorgerà quanto prima a Budapest. All' uopo sono stati acquistati 20 iugeri di terreno e si lavora per la nuova canalizzazione delle acque potabili che ivi dovrà scorrere. Il merito speciale della costruzione di questo sanatorio spetta al prof. Koränyi.

ABBAZIA. *Resoconto del Sanatorio per i bambini.* — Il dott. Koloman Szegö espone il resoconto del Sanatorio infantile di Abbrazia durante gli anni 1897 e 1898. Da tale resoconto si rilevano gli immensi vantaggi che hanno ricavato i piccoli infermi dai bagni di sole, di luce, di mare e dal soggiorno in quel luogo delizioso.

SARAJEVO. *Effetti curativi e preventivi del siero antidifterico.* — Nel corso dell'anno 1898, nella Bosnia e nella Erzegovina su 2380 ammalati di difteria e di croup, in 822 vennero praticate le iniezioni di siero. La mortalità fu del 9,37 0[0, mentre la mortalità di quelle persone non curate col siero antidifterico raggiunse i 42,51 0[0. La mortalità poi in rapporto all'epoca della iniezione curativa fu la seguente: in quei casi in cui a primo giorno della malattia fu possibile ricorrere al siero si ebbe 1,28 0[0 di mortalità, in secondo giorno il 3, 55 0[0, in 3°, 6° giorno si ebbe 8, 13, 12, 59, 26, 60 0[0, in 7° giorno il 15,65 0[0 in ottavo il 28,57 0[0 di mortalità.

In quanto alla cura preventiva è uopo notare che di iniezioni a questo scopo ne furono fatte a 1751 persone, di cui solo quattordici, quantunque inoculate, si ammalarono di difterite, e di esse morirono otto.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Azione di alcuni derivati della morfina sulla respirazione dell'uomo

L'introduzione di farmaci che sieno in grado di sostituire con vantaggio la morfina risponde ai bisogni della pratica. Ma per quanto numerose sono le osservazioni cliniche riguardanti l'azione terapeutica dei nuovi derivati di morfina, altrettanto poco sappiamo sull' influenza che essi hanno sulla respirazione dell' uomo. Ciò appare tanto più strano, in quanto che ad es. la codeina ed i suoi succedanei trovano massimamente uso nelle malattie dell'apparecchio respiratorio.

Sull' azione della morfina sul respiro non tutti gli autori sono di accordo. Negli animali sono stati fatti esperimenti da Leichtenstern, da Boeck, da Bauer e da altri. Accurate ricerche sono state pure fatte da Filehne, che dimostrò sperimentalmente la diminuzione dell'eccitabilità del centro respiratorio sotto l' influenza della morfina e nello stesso tempo il rallentamento e la diminuzione della capacità del respiro, e quindi della quantità di aria espirata nell'unità di tempo. Degna di nota è la concordanza che esiste sul modo di agire della morfina sul respiro dell'uomo e degli altri animali. Dalle ricerche di Löwy si rileva che la morfina, per iniezioni ipodermiche di 0,02-0,03 gram. fa diminuire non solo la capacità respiratoria, ma sopratutto l'eccitabilità del centro respiratorio.

Senza dubbio l'azione della morfina sul respiro non può senz' altro essere applicata anche ai suoi derivati, i quali presentano, come è noto, modificazioni non solo quantitative, ma anche qualitative nella loro azione fisiologica.

Nelle sue ultime ricerche il Winternitz partì dalla dionina, che da lungo tempo trova vasta applicazione in pratica, e poi estese le sue ricerche alla codeina, tanto affine chimicamente e fisiologicamente alla dionina, ed alle acetilmorfine, sopratutto all' eroina, che clinicamente ha le stesse indicazioni.

La persona che si metteva in esperimento respirava nell' apparecchio di Zuntz-Geppert nelle prime ore del mattino, a digiuno. Dopochè per un'ora si era osservata in 2-3 esperimenti la respirazione normale, veniva iniettato sotto la pelle il derivato di morfina. Dopo 30-60 minuti si ricominciava l'osservazione del respiro, la quale si continuava per 2-3 ore con intervalli.

Le ricerche fatte da Löwy nell'uomo hanno dato per risultato che sotto l' influenza della morfina i processi ossidativi non subiscono alcuna modificazione. Ma se la morfina, che abbassa in notevole grado l'attività respiratoria, non ha alcuna influenza sul consumo di energia, lo stesso non può dirsi dei suoi derivati; intanto sarebbe necessaria l' analisi dell' aria respirata anche per determinare la eccitabilità del centro respiratorio, giacchè oltre alle modificazioni della meccanica respiratoria (profondità e frequenza delle respirazioni) interessa in prima linea di conoscere se la eccitabilità del centro respiratorio abbia subito qualche cambiamento. La diminuzione dell'attività respiratoria può essere anche causata da diminuzione degli stimoli respiratori, come ha dimostrato Löwy per il sonno naturale e quello ottenuto con l'idrato d'amilene, coll' idrato di cloralio, col cloralamide. E' evidente che le modificazioni nella meccanica del respiro, indotte da eccitazioni psichiche o sensoriali, debbono essere apprezzate diversamente, dal punto di vista fisiologico e terapeutico, dalle modificazioni indotte dal centro respiratorio.

Per determinare l'eccitabilità del centro respiratorio Winternitz, seguendo Zuntz e Löwy, si è servito dello stimolo dell' acido carbonico. Questo veniva mescolato all' aria inspiratoria e l'afflusso veniva regolato in modo, che il volume dell'aria inspirata nello spazio di 15 minuti raggiungesse i 6-8 litri in un primo esperimento, gli 8-10 in un secondo. A questo aumento del volume respiratorio corrispondeva negli esperimenti preventivi una quantità determinata di acido carbonico nell'aria espirata, la quale quantità rappresentava in certo modo il valore normale corrispondente ad un certo grado di eccitabilità del centro respiratorio. Si somministrava alla persona in esperimento il narcotico voluto e poi, mediante la corrente di acido carbonico, si manteneva per circa 15 minuti il volume respiratorio portato ad un livello costante. L'analisi dimostrava se per ottenere lo stesso effetto si richiedeva la stessa od una maggior quantità di acido carbonico, e di qui si deduceva direttamente il grado di eccitabilità del centro respiratorio.

Il Winternitz sperimentò in primo luogo

con la codeina o metilmorfina, la quale fornisce un esempio molto dimostrativo della differenza di azione dei narcotici nell'uomo e negli animali. Se si fosse rimasti semplicemente agli esperimenti negli animali, la codeina non sarebbe mai entrata nell'arsenale terapeutico, perchè essa, per la sua azione tetanica, è molto più pericolosa della morfina. Riguardo all'influenza della codeina sul respiro, Heinz nei conigli venne alla conchiusione che essa ha un'azione deprimente sulla respirazione molto più energica della morfina. Ma gli esperimenti di Winternitz nell'uomo diedero risultati diversi, in quanto che le dosi di 0,04-0,06 di fosfato di codeina modificavano la profondità e la frequenza del respiro tanto poco, quanto la eccitabilità del centro respiratorio, ed in nessun caso si ebbe diminuzione.

La dionina, cloridrato di etilmorfina, secondo v. Mering si comporta negli animali a sangue freddo e caldo così come la codeina, ma alquanto più energica è la sua azione e di più lunga durata, il che corrisponderebbe ai risultati terapeutici ottenuti dalla maggior parte degli autori. Dagli esperimenti di Winternitz si rileva che la dionina non modifica ed in nessun caso abbassa la frequenza e profondità del respiro nè la eccitabilità del centro respiratorio.

Questi risultati delle esperienze con la codeina e con la dionina non sono certo senza importanza nella pratica. Anche il fatto che questi due composti non ostacolano la espettorazione deve attribuirsi certamente alla proprietà che essi hanno di non diminuire l'attività respiratoria.

L'eroina o diacetilmorfina, secondo le ricerche di Dott e di Stockmann, è un veleno cardiaco e respiratorio più energico della morfina. Secondo gli esperimenti di Dreser nei conigli, l'eroina rallenta la respirazione che si fa più profonda, ed aumenta l'attività dei muscoli inspiratori in ogni singolo atto del respiro. Invece Harnack ha trovato che l'eroina indebolisce in alto grado la funzione respiratoria fino al punto da produrre un arresto della medesima temporaneo e periodico, e si accorda con Dott e Stockmann nell'ammettere che nel cane l'eroina è un veleno respiratorio più potente della morfina. Gli esperimenti di Winternitz nell'uomo hanno dato per risultato che già l'iniezione di 0,007 gram. sotto la pelle diminuisce la profondità e la frequenza del respiro, e che l'effetto è ancora più spiccato con dosi di 0,01 gram., e che la funzione respiratoria viene nel suo insieme così depressa dall'eroina, che ne deriva una notevole restrizione della ventilazione dei polmoni. Con questi risultati concordano gli effetti terapeutici dell'eroina. Leo infatti ha trovato che questo composto non favorisce l'espettorazione, ma la ostacola, in modo che egli raccomanda l'uso contemporaneo del joduro di potassio.

Altre ricerche hanno dimostrato che l'eroina non modifica per nulla il consumo di ossigeno e la produzione di acido carbonico. Ma più importante è la quistione se la diminuzione della profondità e della frequenza del respiro prodotta dall'eroina dipenda o no dalla diminuzione di eccitabilità del centro respiratorio. Anche quì pare che esista una differenza essenziale fra l'uomo ed il coniglio. In questo Dusser ha trovato che l'eroina non modifica per nulla la sensibilità del centro respiratorio di fronte ai più importanti regolatori chimici della respirazione, vale a dire che non modifica il contenuto di acido carbonico e di ossigeno dell'aria respirata. Invece le esperienze di Winternitz hanno dimostrato che questo risultato non può essere applicato all'uomo, in cui l'eroina abbassa l'eccitabilità del centro respiratorio.

La mono-acetilmorfina per iniezioni sottocutanee agisce sul respiro analogamente all'eroina, vale a dire abbassa notevolmente la profondità e frequenza del respiro e l'eccitabilità del centro respiratorio. Per la via dello stomaco la mono-acetilmorfina non ha questo effetto, e questa differenza si spiega forse ammettendo che per la via ipodermica tutta la molecola (con l'acetile) agisce sul cervello, mentre per la via gastro-enterica ha luogo una scomposizione. D'altra parte l'uso interno di questo composto incontra difficoltà in pratica, perchè il cloridrato di mono-acetilmorfina è difficilmente solubile ed anche all'1 0[0 dopo qualche tempo precipita in cristalli.

Dando uno sguardo ai risultati ottenuti da Winternitz, si vede che esiste una rilevante differenza nel modo di comportarsi dei derivati alcoolici ed acetilici della morfina. Mentre i primi, codeina e dionina, non hanno quasi alcuna influenza sulla respirazione, gli altri, l'eroina (diacetilmorfina) e la mono-acetilmorfina abbassano l'attività respiratoria e l'eccibilità del centro rispettivo. Che la morfina stessa abbia analogo effetto si rileva dal fatto che la introduzione dei radicali dell'alcool indebolisce l'azione della morfina anche riguardo alla respirazione, mentre la sostituzione con i residui di acidi rinforza l'azione della morfina sul respiro. Dal lato pratico poi nel maggior numero dei casi la codeina e la dionina sono i preparati da preferirsi perchè abbassano l'eccitabilità delle vie aeree senza limitare l'attività respiratoria, donde la loro azione sedativa e la loro influenza favorevole sull'espettorazione.

BIBLIOGRAFIA

Leichtenstern. *Zeitschr. f. Biol.* 1871. — Boeck und Bauer. *ibid.* 1874. — Filehne. *Arch. f. experim. Path. u. Pharm.* 1879.—Löwy. *Berl. klin. Woch.* 1891 e *Pflüger's Arch.* 1890. — Cohnstein e Zuatz. *Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol.* — W. Heinz. *Dissert. Trier*, 1890. — Dott e Stockmann. *Proceed. of the Roy. Soc. of Edinburgh*, 1890. — J. v. Mering. *Merk's Jahresb.* 1898. — Harnak. *Münch. med. Woch.* n. 27, 1899. — Dreser. *Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol.*. 1898.—Winternitz. *Therap. Monatsh.* H 9, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Fisiologia della R. Università di Padova
diretto dal Prof. A. STEFANI

IL RICAMBIO MATERIALE DELL'AZOTO E LA DIGESTIONE GASTRICA NELLE PERSONE OPERATE DI GASTRO-ENTEROSTOMIA.

Contributo alla fisio-patologia dello stomaco

Dott. Umberto Deganello, Aiuto

Parecchi autori si occuparono del modo con cui si compiono la digestione e l'assorbimento dei diversi principii alimentari nelle persone che già subirono, per processi morbosi diversi, la gastro-enterostomia. E si comprende facilmente come debbono essere numerose le osservazioni fatte in proposito, se si pensi che lo studio accurato dell' argomento oltre che porgere qualche lume al clinico chirurgico circa l'opportunità dell'intervento operatorio, avrebbe anche potuto dilucidare qualche questione riguardante la fisio-patologia dello stomaco.

Le ricerche eseguite dagli Autori sugli operati di gastro-enterostomia si possono dividere in due gruppi: *a*) quelle del I° gruppo aventi per iscopo di determinare le proprietà fisico-chimiche del contenuto dello stomaco sia a digiuno, sia in seguito alla somministrazione di determinati pasti; *b*) quelle del II° gruppo aventi per iscopo di determinare le diverse modalità del ricambio materiale sia rispetto a qualcheduno dei diversi principii alimentari, sia rispetto a tutti.

La scuola francese si è occupata, a questo riguardo, per quanto io so, esclusivamente delle funzioni dello stomaco: digestione gastrica (studio delle proprietà fisico-chimiche del contenuto dello stomaco) movimenti dello stomaco, continenza del nuovo orificio, capacità dello stomaco, ecc.... e qui troviamo i lavori di Debove e Soupault, di Mahaut, di Mathieu, di Hayem, di Terrier e Hartmann, di Hartmann e Soupault, di Guedj (1).

Senza riportare minutamente i risultati ottenuti da ciascuno dei suddetti AA. mi basta ricordare che tutti sono d' accordo nel conchiudere che dopo la gastro-enterostomia si verificò un miglioramento parziale o generale delle funzioni gastriche negli operati da loro presi in esame.

In Italia troviamo solamente Carle e Fantino che si occupano di simili ricerche. Il Fantino ha ricercato sugli operati di Carle le modificazioni dell'attività motoria, della continenza o meno del nuovo piloro, della capacità del ventricolo, della secrezione cloridrica. Da tali ricerche gli AA. concludono che lo svuotamento dello stomaco, dopo la gastro-enterostomia, quasi sempre, non solo si fa nel tempo fisiologico, ma è affrettato; che il nuovo piloro è continente, e ciò tanto più, quanto più ci allontaniamo dall'epoca dell'operazione: che lo stomaco si ridusse sempre di volume, tranne in un caso; che negli individui, precedentemente affetti da ipercloridria, si nota non solo la scomparsa di questa, ma che spesso l'HCl libero scende al di sotto della norma, e che l'ipo- o l' anacloridria non viene punto modificata dall'atto operativo.

Qui non farò che ricordare i lavori di Dunin, di Grundzach e Mintz, di Kövesi di Rosenheim, i quali eseguirono delle ricerche analoghe alle precedenti, e mi soffermerò alquanto su quelle praticate da Heinsheimer, da Joslin, da Rosenberg, perchè queste hanno maggiore attinenza colla indole delle mie ricerche.

Del lavoro di Heinsheimer non mi fu possibile di leggere che il breve riassunto riferito nel *Centralblatt f. Physiologie*. Da esso si rileva che l' A. eseguì le sue ricerche su due pazienti operati di gastro-enterostomia, in uno dei quali la digestione e l' assorbimento dei diversi principii alimentari si compiva in modo affatto normale; anche nell'altro paziente l' assorbimento dell' albumina fu ottimo, deficiente invece quello dei grassi, poichè il 12,4 % dei grassi introdotti fu perduto colle feci.

Joslin, sotto la direzione di Ewald, eseguì una serie di ricerche sul ricambio materiale di un uomo affetto da stenosi carcinomatosa del piloro, e che fu operato di gastro-enterostomia. Queste ricerche sono interessanti perchè eseguite in due periodi diversi cioè in un I° periodo, pre-operatorio, che avviene 9 giorni prima dell' operazione, e in un II° periodo, post-operatorio, che avviene nove giorni dopo l'operazione.

Nel I° periodo il paziente eliminò colle feci, in 4 giorni, il 3, 6 % dell'azoto introdotto coi cibi. (Avverto che in questo periodo il malato.

(1) Dei lavori di Debove et Soupault, di Mathieu e di Hayem lessi i riassunti nei lavori originali di Terrier e Hartmann, di Hartmann e Soupault, di Guedj.

oltre che per bocca, fu nutrito anche mediante clisteri). In quei 4 giorni si verificò nel bilancio dell'azoto una perdita di gr. 2,58.

Nel II° periodo invece si riscontrò nelle feci il 19, 95 °/₀ dell'azoto ingerito coi cibi, durante 4 giorni, e la perdita del grasso, pure per le feci, fu nella proporzione del 31, 21 °/₀ dei grassi introdotti. (1)

Nel bilancio dell' azoto si verificò una perdita di gr. 18,99 in 4 giorni.

Le condizioni subbiettive di salute del paziente erano buone.

Il Rosenberg, nel laboratorio dello Zuntz eseguì delle ricerche sperimentali su cani operati di gastro-enterostomia. Tre furono i cani operati e su questi l'A. studiò il ricambio materiale dei diversi principii alimentari.

Dalle sue ricerche conclude che la gastroenterostomia è seguita da disturbi della funzione digerente che sono: il diminuito assorbimento di tutti i principii alimentari e la tendenza al vomito.

L' A. attribuisce il diminuito assorbimento al fatto che ad ogni contrazione dello stomaco viene cacciato nell' intestino una quantità di chimo troppo grande, per cui si rende difficile nell'intestino l'alcalinizzazione del chimo acido, e ciò deve ostacolare l' emulsionamento dei grassi nonchè l' azione di tutti i fermenti del succo pancreatico.

La causa del vomito, secondo l' A., risiede nell'esagerata peristalsi intestinale che, in base alle ricerche di Grützner e dell' A. si compone di un'onda catastaltica e di un'onda anastaltica: la grande quantità di alimenti che, in questi casi, viene cacciata nell'intestino, ad ogni contrazione dello stomaco, stimola quello (l'intestino) ad una esagerata peristalsi, e si ha quindi un esagerato movimento catastaltico e anastaltico dell'intestino.

Da quanto sopra ho esposto si nota adunque che, mentre gli AA. che si occuparono delle ricerche del I° gruppo (Hartmann e Soupault, Hayem, Carle e Fantino, Kö ves ecc....) hanno rilevato un miglioramento, e qualche volta una completa *restitutio ad integrum*, delle funzioni gastriche dopo la gastroenterostomia (secrezione cloridrica, attività motoria, capacità dello stomaco, ecc....) quelli invece che si occupano delle ricerche del 2° gruppo (ricambio materiale, Keinsheimer, Joslin, Rosenberg) hanno riscontrato quasi sempre nelle persone e negli animali operati di gastro-enterostomia un'assimilazione dei principii alimentari ch'era ben lontana dalla norma, e nel caso di Joslin l'assimilazione dei detti principii, dopo l' atto operativo, fu di gran lunga peggiore dall'assimilazione che si verificava nello stesso paziente prima dell'atto operativo.

Sicchè le ricerche del I° gruppo parrebbero in contraddizione con quello del II°, e in tale contraddizione mal si saprebbe giudicare delle modificazioni funzionali dell'apparecchio digerente che susseguono alla gastro-enterostomia; però io sarei d'opinione che, sotto questo riguardo, abbiano maggiore importanza le ricerche del 2° gruppo, poichè esse ci esprimono in modo complessivo e direi anzi sintetico il risultato delle svariate funzioni delle diverse parti dell' apparecchio digerente, nè si limitano, come quelle del I° gruppo, a considerare soltanto lo stato delle funzioni dello stomaco, il cui chimismo specialmente presenta qualche dato ancora incerto nel campo della fisiologia e più ancora in quello della patologia. Io non intendo, con ciò, di negare qualsiasi valore alle ricerche del I° gruppo; queste molto probabilmente contribuiscono a spiegare il miglioramento di alcuni sintomi subbiettivi in certe persone, dopo che hanno subito la gastroenterostomia; esse ricerche quindi servirebbero di complemento a quelle del 2° gruppo.

Data tale contradditorietà di risultati accettai ben volentieri la proposta del chiarissimo professore E. Tricomi di eseguire qualche ricerca su persone da lui operate di gastro-enterostomia; colgo questa occasione per porgere al chiarissimo prof. Tricomi i miei più sentiti ringraziamenti.

Il piano delle mie ricerche fu il seguente:

1.) Determinare il ricambio materiale azotato (come quello che per me consideravo il più importante) in persone affette da differenti processi morbosi dello stomaco e che subirono già la gastro-enterostomia in epoche diverse.

2.) Prendere in esame la digestione gastrica nelle stesse persone sulle quali determinavo il ricambio azotato.

Per rispondere al 1° quesito fu determinato

---

(1) Il pazienze di Joslin introdusse giornalmente, in media, le seguenti quantità di principii alimentari:

I. periodo.—Sostante albuminose gr. 85,56. Grassi gr. 40,30. Idrati di Carbonio gr. 137,30.

II. periodo.—Sost. albuminose gr. 47,81. Grassi gr. 81,68. Idrati di Carbonio gr. 73,8.

l'azoto dei cibi che le pazienti introducevano e fu dosato l' azoto delle feci e delle orine e tanto di queste che di quelle fu fatto l'esame microscopico.

Per la determinazione dell' azoto di alcuni cibi mi valsi delle analisi che avevo avuto occasione di eseguire, in precedenza, su qualche alimento che fa parte delle diete dell'ospedale civile di Padova, ove erano ricoverate le pazienti oggetto di queste ricerche: per gli altri cibi mi valsi delle analisi fatte dall'Albertoni sulle diete negli ospedali d'Italia.

Per la dosatura dell'azoto delle orine e delle feci usai il metodo di Kjeldahl-Argutinsky colle stesse cautele da me altrove accennate.

In tal modo determinai su ciascuna paziente il ricambio dell'azoto per 3 giorni consecutivi, tenendo conto scrupolosamente della qualità e quantità dei cibi che ciascuna malata ingeriva durante i 3 giorni: entro appositi vasi (contenenti un determinato volume di H^2SO^4) si conservavano tutte le feci che la paziente emetteva nei 3 giorni; delle orine si conservava soltanto la $^1/_{10}$ parte della quantità giornaliera: alla fine di ogni periodo sperimentale tanto su queste che su quelle si praticava il Kjeldahl.

Per esaminare lo stato della digestione gastrica somministravo a ogni paziente un pasto fermato di alimenti prevalentemente azotati, e a tal uopo adottai la colazione di prova del Ferrannini (Andrea): gr. 100 di carne magra di vitello arrostita, un uovo appena riscaldato, 150 gr. di acqua potabile.

In condizioni normali di motilità gastrica, si dovrebbe trovare lo stomaco vuoto di alimenti dopo 2 ore o 2 ore e mezzo dalla somministrazione della colazione di Ferrannini, sicchè con questo criterio si veniva a prendere in esame anche la funzione motrice dello stomaco.

Il contenuto gastrico che era estratto dopo la somministrazione di detto pasto, veniva esaminato fisicamente e chimicamente.

Nelle seguenti tabelle sono esposte le ricerche eseguite su 5 donne operate di gastroenterostomia.

Ai singoli dati analitici stimai opportuno di far precedere una breve storia clinica di ciascuna paziente: le storie mi furono gentilmente favorite dal prof. Tricomi.

Caso I.—Rizzuto Colomba di anni 43.
Sintomi. — Primi sintomi 14 anni or sono: gonfiezza epigastrica e gastralgie. A questi sintomi si accompagnò poi vomito. Periodi di miglioramento e di peggioramento. Da un anno vomito quasi quotidiano, gastralgie intense. Ematemesi ripetute. Dimagramento notevole.
Diagnosi.—Ulcera gastrica.
Operazione.—20 settembre 1898. Laparotomia. Gastro-enterostomia posteriore retrocolica alla Roux, con due bottoni del Murphy.
Diagnosi post-operativa. — Ulcera gastrica della piccola curvatura nella porzione pre-pilorica.
Esito.—Guarigione operativa e funzionale.

Caso I. — Rizzato Colomba

Bilancio dell' Azoto (espresso in grammi)

INTROITO

Data	Qualità e quantità degli alimenti	Azoto degli alimenti	Sost. alb. corrisp. (N×6,25)
15 gen. 1899	Formaggio Emmenthal 45. Minestra di riso 560. Carne di bue 235. Caffè (infuso) 180. Un uovo di gr. 35.	14,87	92,94
16 id.	Minestra di vermicelli 320. Pane 150. Formaggio Emmenthal 20. Carne di bue 220. Caffè (infuso) 100. Polenta 380. Un uovo di gr. 40.	17,00	106,25
17 id.	Carne di bue 150. Pane 204,5. Caffè (infuso) 100. Zuppa di pane 270. Caffè e latte 70. Pollo 40.	13,09	81,81
	Totale	44,96	281,00

Esito complessivo verificatosi nei 3 giorni (15-16-17 genn.)

Per le feci		Azoto non assimilato 0/0	Per le orine		Avanzo o perdita	
Azoto	Sost. alb. Corrisp.		Azoto	Sost. alb. corrisp.	Azoto	Sost. alb. corrisp.
4,13	25,81	9,18	39,65	247,81	+1,18	+7,37

Le orine emesse nel detto periodo dalla Rizzato Colomba (Caso I°) furono sempre di reazione acida, di colore giallo o giallo-paglierino. La quantità giornaliera variò da 1240 cc. a

900 cc.. il peso specifico da 1021 a 1025. Negative riuscirono le reazioni dell'albumina, del peptone e del glucosio.

Le feci emesse nei tre giorni furono sempre di consistenza solida, di reazione acida: la quantità giornaliera variò da 90 gr. a 145 gr.

L'esame microscopico del sedimento urinario e delle feci nulla presentò d'interessante.

(*continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

CLINICA CHIRURGICA DI INNSBRUCK

Prof. v. Hacker

Sul trapianto dell'uretere

Dottor George Lotheissen

Il caso riferito concerne una donna di 56 anni, la quale prima non era stata mai seriamente ammalata. Le mestruazioni erano incominciate a 15 anni, ed erano state sempre regolari. A 48 anni si ebbe la menopausa, per 6 anni non si ebbero più mestruazioni, poi ricominciarono con maggior frequenza ed accompagnate da dolori all'utero. Da circa 6 mesi erano insorti dolori di trazione, irradiantisi al sacro. La donna era molto dimagrata. Solo allorchè l'emorragie divennero profuse, si decise a ricoverare nella Clinica chirurgica.

L'inferma era pallidissima, d'un pallore cadaverico, il polso piccolo ma regolare. Alla percussione ed ascoltazione del cuore e dei polmoni non si riscontrò nulla di anormale.

L'urina era sempre mescolata con secreto vaginale e sangue; in quella raccolta col catetere non si trovarono elementi renali, pure esisteva una cistite, alla quale dovevano attribuirsi anche i dolori dei quali la donna si lagnava durante la minzione. All'esame dell'addome si toccava non nettamente un tumore proveniente del piccolo bacino. Colla palpazione rettale si sentiva, specialmente coll'esame combinato, l'utero ingrossato, quasi della grandezza d'un pugno, ma mobile, in leggiera antiversione.

L'esame praticato dalla via vaginale con un solo dito, per la presenza dell'imene, diede lo stesso reperto. Non si sentivano durezze nel parametrio.

Dapprima si iniettò giornalmente in vagina permanganato di potassa. Quantunque la diagnosi di carcinoma dell'utero, e per vero del fondo, non apparisse dubbia, pure si praticò un raschiamento di prova. Le masse raschiate erano indubbiamente di carcinoma, il che venne anche confermato dall'esame microscopico.

Essendosi l'inferma convinta della necessità d'un atto operativo, Lotheissen praticò un taglio nella linea alba, a cominciare immediatamente al disopra della sinfisi fino all'altezza dell'ombelico (a sinistra). L'utero era più grosso d'un pugno; nemmeno durante l'atto operativo si palparono delle ghiandole. Si staccarono in parte i legamenti larghi, si dissecò la sierosa. Il connettivo a destra apparve infiltrato e nel mezzo dell'infiltrato decorreva l'uretere destro. Essendo molto problematico il risultato dell'operazione, se si fossero lasciate queste parti, Lotheissen si decise per la resezione di questa porzione dell'uretere. Si liberò l'estremità periferica di questo a circa 3 cm. dallo sbocco nella vescica, e s'incise trasversalmente. Al disopra dell'infiltrato si praticò una legatura provvisoria con un robusto filo di seta. Anche qui si incise trasversalmente.

Espletata l'estirpazione dell'utero si passò all'impianto nella vescica. Quantunque il lume fosse lontano dalla vescica circa 6 cm. o più, pure riuscì facilmente di portare il moncone centrale fino alla vescica e d'impiantarlo quì un po' al disopra dell'antica imboccatura, secondo il precetto di Büdiger. Non si applicò catetere a permanenza nell'uretere, sibbene uno nella vescica, temendosi incrostazioni. Il cavo della ferita si tamponò con garza al jodoformio, la quale venne introdotta in vagina. Il cavo peritoneale si fece chiudere in modo che il luogo d'impianto era collocato fuori del peritoneo. Si praticò la sutura a piani delle pareti addominali, e la fasciatura asettica.

L'urina nei primi giorni presentò una colorazione sanguinolenta; la sua quantità salì già al 4° giorno a 950 cmc. e non si abbassò più. Al 5° giorno si irrigò la vagina con una soluzione di acido salicilico; al 7° si allontanò il catetere, si lavò cautamente la vescica, essendosi aggravata la cistite per la presenza di esso. Al 10° giorno gocciolava un po' d'urina in vagina. Si produsse cioè una lieve suppurazione della legatura, forse era anche avvenuta suppurazione in una della suture dell'uretere. Questa fistola era però certamente molto piccola, la non si poteva vedere. Dopo alquanti giorni, coi lavacri quotidiani all'acido salicilico e col tamponamento della vagina con garza al iodoformio, la suppurazione cessò. Al 10° giornò la temperatura aumentò a 38° 9, si osservò un piccolo ascesso delle pareti addominali.

Dopo l'apertura di esso, la temperatura tornò al normale.

Quattro settimane dopo l'operazione, l'inferma era alzata e prendeva dei bagni, poco dopo andò a casa sua. Dopo 4 mesi, Lotheissen vide nuovamente l'inferma, che stava perfettamente bene. All'esame vaginale non s'incontrarono durezze, non tumori, non metastasi ghiandolari, si palpava solo il tessuto di cicatrice. Non si avevano disturbi di sorta della minzione, specialmente non gocciolio, non comunicazione colla vagina; l'emissione dell'urina aveva luogo ogni 3-4 ore. Non si aveva idronefrosi. La paziente non volle affatto sentire dell'esame cistoscopico.

Sette mesi circa dopo l'operazione, si ebbe ede-

ma della gamba sinistra, all'inguine si mostrò un tumore ghiandolare, che evidentemente comprimeva le vene e le vie linfatiche. Poco dopo si formò ascite ed insorsero dolori alla regione sacrale che si irradiavano alle gambe. La morte ebbe luogo più di 8 mesi dopo l'operazione. Fino all' ultimo non si ebbe verun disturbo da parte delle vie urinarie. Non si fece autopsia. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 36, 7 settembre 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

CONFERENZA INTERNAZIONALE PER LA PROFILASSI DELLE MALATTIE VENEREE

tenuta a Bruxelles dal 4 al 9 settembre

II.

Vercher relatore. **Quale parte spetta alla prostituzione nella propagazione della sifilide e delle malattie veneree.**—La propagazione della sifilide si fa anche al di fuori del contatto venereo, il contagio da un sifilitico ad un individuo sano può farsi in tutte le circostanze possibili, ma se si ricerca la causa originale d' onde è partito quest' elemento di propagazione, in quasi tutti i casi, se non in tutti si troverà la prostituta. Come la sifilide, la blenorragia, trova la sua origine nel contatto venereo, ma si propaga quasi esclusivamente per mezzo dei rapporti sessuali. La sifilide è la scintilla che provoca l'incendio, il quale poi si propaga e distrugge tutto. Quale è la classe di prostitute che più concorre alla propagazione delle malattie veneree? In Francia si distinguono: prostitute che vivono in numero in case di tolleranza; prostitute che vivono in casa propria, e sono riconosciute come tali dalla questura e infine prostitute clandestine.

Secondo le statistiche di Regnault e di Pareut-Duchâtelet, (contrariamente a ciò che si dovrebbe credere) le prostitute delle case di tolleranza, sono quelle che offrono maggior numero di sifilitiche, poi vengono le clandestine e infine, quelle che vivono isolatamente, pur essendo riconosciute dalla questura.

Ad ogni modo tutte le prostitute, qualunque sia la classe alla quale appartengono, sono quasi fatalmente votate alla sifilide.

Durante il periodo attivo della sifilide, la prostituta costituisce un pericolo pubblico, e durante questo periodo essa prende la più gran parte nella propagazione della sifilide. La prostituzione regolamentata dà una sicurezza relativa: ed ogni ragazza sorvegliata e riconosciuta ammalata, essendo ritirata dalla circolazione, è, almeno durante questo tempo, senza pericolo per la società. La prostituta libera, che scappa ad ogni sorveglianza, può impunemente propagare indefinitivamente la sifilide di cui è affetta.

La blenorragia è quasi esclusivamente di origine venerea, e pure la prostituzione è meno frequentemente la causa della sua comparsa. L'uomo è sopratutto pericoloso per la donna, durante il periodo cronico della blenorragia, mentre che la donna durante il periodo cronico della sua blenorragia non è inevitabilmente pericolosa per l' uomo col quale viene in contatto. Riassumendo: la prostituzione ha la più gran parte nella propagazione della sifilide e delle malattie veneree; epperò bisogna sorvegliarla, e purificarla medicalmente: ciò deve proporsi l'igienista, autorizzato dei dritti imprescrittibili che gli vengono dal suo ufficio di difensore della salute pubblica e della vita umana.

Le Pileur, correlatore, è d'accordo nello affermare che la prostituzione è la causa più potente della propagazione della sifilide e delle malattie veneree. Ritiene però che dal punto di vista medico, si deve avere interesse a che si mantengano le case di tolleranza, per diverse ragioni, fra cui la principale è quella, che ivi la sorveglianza si può coscienziosamente esercitare, esaminandole attentamente ogni otto giorni, in modo che al primo apparire del male si tolgano dal commercio.

Lassar. **Quale parte spetta al di fuori della prostituzione, agli altri modi di disseminazione della sifilide e delle malattie veneree.** — Al di fuori della prostituzione le malattie veneree si propagano in condizioni varie. Nei rapporti coniugali, è il marito, non guarito, che infetta, la sua donna la notte nuziale, inoltre possono trasmettere la sifilide extragenitalmente le nutrici, e le donne di servizio in genere, i medici, i dentisti, gli ostetrici, le levatrici etc.

Ora la sifilide extragenitale è più grave in quanto che la lesione si riconosce tardivamente, ciò che aumenta maggiormente i pericoli del contagio.

Il nostro secolo ha intrapreso la lotta contro le infezioni; contro la tubercolosi, contro il colera, etc. le misure profilattiche sono sembrate necessarie e legittime. E perchè non esserlo contro le malattie veneree? È uopo pertanto di combattere contro l'ignoranza in questa materia, e istruire le famiglie del modo come si può essere contagiati: non bere nel medesimo bicchiere nelle manovre d'armata, nelle escursioni, nelle partite di caccia, non lasciare abbracciare i fanciulli da persone estranee e poco conosciute, ect. sono dei precetti che non si dovrebbero mai dimenticare.

Barthélémy, relatore. **Il regolamento attuale della prostituzione ha influenza sulla frequenza e sulla disseminazione della sifilide e delle malattie veneree?** — Attualmente il modo di difesa delle società civili contro la sifilide è manifestamente difettoso, ma benchè sia incompleto è lungi dall' essere inutile. Il sistema di difesa contro la sifilide sarà incompleto fin tanto che non si potrà avere un dispensario in un punto centrale, per potervi venire tutte le prostitute, regolarmente, specie quando sono

ammalate. Si devono modificare i regolamenti, si deve aumentare la sorveglianza. Le visite mediche devono essere più frequenti, più minuziose e controllate da ispettore sanitario o d' igiene. Dei dispensari dovranno essere organizzati, sotto la direzione di medici competenti, e si dovranno distribuire gratuitamente anche medicinali.

Il dispensario centrale, oltre che funzionerà come tutti gli altri, dovrà essere trasformato in Asilo sanitario municipale, ove le ammalate sarebbero curate, coll'obligo di soggiornarvi fin tanto che esiste il pericolo del contagio, purchè sieno ivi trattate come inferme e non come colpevoli.

Augagneur, correlatore, afferma che i sistemi regolamentari in vigore sono insufficienti. Ritiene però che i mezzi escogitati non sieno atti a scongiurare il male, in quanto che la reclusione, diremo così, forzata, delle prostitute ammalate, se ha il vantaggio di non disseminare la loro malattia, ha in compenso degli inconvenienti, cioè: la confidenza illusoria che ha il cliente delle prostitute, e l' orrore delle prostitute per tutto ciò che sa di regolamento e di ospedale.

Blascko dice che tutti i sistemi regolamentari hanno avuto il difetto di considerare le prostitute professionali come la sorgente quasi esclusiva delle malattie veneree, mentre che le prostitute clandestine e specie le minorenni offrono maggiori pericoli di contagio. Se il congresso riuscirà non solo a ottenere una completa trasformazione del trattamento delle prostitute inferme, ma ad attirare l'attenzione dei governanti sui risultati considerevoli che si possono ottenere nella lotta contro le malattie veneree con altri mezzi che non il regolamento, farà opera veramente feconda.

Movimento biologico universale

1. Allara fa delle esperienze « **sulla vicarietà funzionale di alcuni epitelii** ». I risultati ottenuti sui polli gli permettono fin d'ora la preventiva speranza che anche nei cani colla doppia legatura dei condotti pancreatici, principale ed accessoria, seguita o no dalla recisione intermedia e colla consecutiva atrofia della ghiandola si abbia ad ottenere l' azione vicariante da parte delle cellule epiteliali duodenali e la conservazione della vita e della salute dell'animale. Il suo metodo ha fin d'ora tutti i vantaggi sulla asportazione totale del pancreas seguita dall' innesto sottocutaneo. (*Il Morgagni*, n. 8, agosto 1899).

2. Dallmajer di Waljurs riferisce un caso di « **albinismo universale** ». Il caso riguarda un coscritto nativo di Dreznik, dell'età di 21 anni. La pelle di tutto il corpo è sottilissima, tendente al roseo, l'iride è rosea, le pupille sono chiare, rosso-rubino. I capelli al tatto sono sottili e lisci come fili di seta e di colorito bianco splendente. Esiste fotofobia e nictalopia. L' individuo origina da genitori sani. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, n. 36, 1899).

3. Merken dell'istituto dermatologico di Lipsia, porta un « **contributo alla conoscenza del fibroma mollusco** ». Egli ritiene che il fibroma mollusco si avvicini in qualche modo al *naevus*, e che sia da ritenere come una specie di malformazione dovuta ad alterazioni trofiche dei nervi della cute e del connettivo. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

4. Hubl riferisce di una « **estirpazione totale dell'utero** (per rottura del medesimo) **dalla via vaginale** ». La paziente era una donna di 39 anni osteo-malacica, con pelvi ristrettissima. Al 6° mese ebbe emorragie che non potevano essere arrestate nemmeno dal tamponamento cervico-uterino. Allora si pensò di asportare l'utero dalla vagina e si trovò il medesimo rotto. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

5. Zuppinger riferisce un caso interessante di « **meningite purulenta iperacuta ad inizio repentino** ». Trattavasi di un bimbo di 3 anni e mezzo il quale era stato sottoposto alla dilatazione dell'esofago per strittura del medesimo in seguito ad ingestione di potassa. Mentre trovavasi in ottime condizioni di salute e giocava, d'un tratto è assalito da febbre, vomito, coma e nel corso di dodici ore se ne morì. All'autopsia si trovarono netti i segni di una meningite purulenta della base. I germi infettivi forse poterono penetrare da qualche piccola lesione prodotta dalla sonda esofagea. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 34, 24 agosto 1899).

FISIOLOGIA DELLA DIGESTIONE

LA DIGESTIONE ARTIFICIALE DEL LATTE

Se da una parte il calore rende scevro di microrganismi il latte, pure, si disse, il calore ne altera la costituzione chimica, ne diminuisce il potere nutritivo e lo rende indigesto.

La questione essendo di grandissima importanza pratica, vorrebbe essere studiata sperimentalmente e clinicamente. Il metodo sperimentale migliore sarebbe quello di nutrire per l' istesso tempo, con con l'istessa quantità dei due latti, due individui normali ed uguali, e studiare il bilancio di entrambi. Questo metodo trova però in pratica delle difficoltà serie (Duclaux), ed i risultati ottenuti non sono stati per nulla decisivi. Il Randnitz si è servito come animale di esperimento del cane per studiare il valore nutritivo del latte sterilizzato e del latte crudo; secondo lui il latte sterilizzato dà una quantità maggiore di residuo e quindi è

meno nutritivo del latte crudo dal punto di vista delle sostanze azotate, mentre si equivalgono per quello delle sostanze grasse. Il Benedix ha fatto il paragone tra il latte bollito e quello sterilizzato a 115°; le cifre comparative ottenute sono quasi identiche; non esiste alcuna differenza nella digeribilità dei due latti, perchè rimpiazzando l'uno con l'altro nell'alimentazione, niente muta nel dosamento delle escrezioni. Il Lange ha nutrito con il poppatoio dei bambini con il latte di vacca diluito con una soluzione di lattosio e poi pasteurizzato; ha constatato che nelle feci non passa che il 4, 5 0[0 di azoto del latte; questa cifra è molto inferiore a quelle di Raudnitz e Benedix, quindi parrebbe che il latte pasteurizzato fosse superiore al latte bollito, allo sterilizzato ed al crudo. Ma la comparazione non è possibile con le cifre del Raudnitz che ha sperimentato con i cani, nè con quelle del Benedix che oltre al latte usò altri alimenti, esperimentò sui bambini di età maggiore; e si sa che la proporzione dell'azoto non utilizzato aumenta con l' età. Quindi non si può concludere, dalle ricerche del Lange, che il latte pasteurizzato sia inferiore o superiore ad altro latte: solo si può affermare che, se esistono differenze, queste sono minime (Duclaux).

Altri autori hanno fatto le loro ricerche non utilizzando il bilancio tra i materiali introdotti e quelli eliminati, ma invece, fondandosi solo sull'aumento di peso. Così il Weber ha visto che i vitelli nutriti con latte sterilizzato aumentano di peso tanto quanto quelli nutriti con latte crudo. Il Duclaux vide che le cavie nutrite con latte sterile aumentarono di peso così come quelle alimentate con latte crudo. Il Rodet nei giovani cani ha visto che il latte bollito ha un valore nutritivo eguale, se non maggiore, di quello del latte crudo. Il Wasilieff viene alle stesse conclusioni per i bambini alimentati con latte sterilizzato e crudo.

L'altro metodo, che può fornire dei dati precisi, è quello dello studio *in vitro* dell'azione dei diversi fermenti digestivi su questi lati. Si sa che il primo fatto della digestione del latte nello stomaco è la coagulazione della caseina per opera del presame o fermento lab. Ora *in vitro* si constata che questa coagulazione è differente a seconda del latte preso in esperimento. Con il latte di donna si ha un coagulo a fiocchi molto fini, granulosi, facilmente divisibili; con il latte crudo di vacca si ha un coagulo a grosse masse, non granulose e di difficile divisione; con il latte di vacca bollito e sottoposto a bagno-maria a 100° il coagulo si avvicina a quello del latte di donna; con il latte sterilizzato a temperatura superiore a 100° si hanno differenti conclusioni. Così il Gautrelet ha ottenuto un coagulo molto più compatto e meno vivisibile che con il latte crudo; Comby, Marfan, Apert, hanno visto che il coagulo del latte sterilizzato non differisce dal coagulo del latte bollito. D'altro canto, esaminando i coaguli del latte vomitato dal bambino, si vede che non esiste differenza tra il coagulo del latte bollito, del latte a 100° e del latte sterilizzato (Marfan). Chavane ha visto che il coagulo del latte si forma, quasi immediatamente dopo aggiunto il presame, compatto e retrattile. aderente al fondo del recipiente, mentre il siero galleggia. Al tatto questo coagulo presenta una certa resistenza elastica. Il latte bollito in presenza del caglio dà un coagulo ugualmente rappreso in massa, ma non si separa dal siero; è meno retrattile, ma più facile a lasciarsi dividere; agitandolo leggermente si nota che si separa in masse assai voluminose, ma meno grosse che i frammenti che dà il latte crudo sottoposto allo stesso trattamento. Il coagulo del latte sterilizzato non offre al dito alcuna resistenza, alcuna elasticità; si lascia penetrare come un liquido denso, la crema per esempio. Il siero resta immediatamente mescolato a questo coagulo che si separa facilmente e rapidamente, se si agita, in fiocchi più piccoli che i due primi. All'esame microscopico i globuli di grasso non differiscono tra di loro; nel latte sterilizzato se non si osserva nessuna modificazione nei globuli di grasso, si vede però che le granulazioni della vescica sono notevolmente più fini e più omogenee. Questa modificazione della caseina del latte sterilizzato é quindi evidente, e, secondo lo Chavane, ad essa si deve se il latte di vacca sterilizzato riesce di più facile digestione del latte crudo ed anche del bacillo. Il Marfan non crede però che queste e simili ricerche siano sufficienti per dimostrare che il latte sterilizzato riesca di più facile digestione del latte crudo: le digestioni *in vitro* non provano secondo lui grandi cose, poichè con esse non si possono riprodurre i movimenti dello stomaco, l' elemento meccanico cioè, della digestione gastrica. Questa opinione del Marfan è però discutibile: infatti, la funzione principale dello stomaco é quella di versare per mezzo della sua attività motrice le sostanze nello intestino, e questa funzione tanto più si compirà facilmente quanto più le sostanze si troveranno divise. Ora se lo stomaco oltre all'attività che deve spiegare per vuotare il suo contenuto nell'intestino, deve pure contribuire a frazionare la grossa massa resistente del coagulo, esso dovrà sostenere un maggior lavoro e quindi la muscolatura gastrica a lungo andare forse finirà per subire delle alterazioni ed il coagulo soggiornerà per un periodo più lungo nello stomaco (Jemma). Il latte di donna, che in presenza del presame si coagula in piccoli fiocchi poco resistenti, resta per brevissimo tempo nello stomaco, mentre il latte di vacca crudo che si coagula sotto l'azione del presame in grosse masse vi soggiorna per un tempo maggiore. Se poi, per

mezzo della sterilizzazione, si riesce ad ottenere nel latte di vacca un coagulo che si avvicini a quello del latte di donna, si può ammettere che lo stomaco dovrà lavorare meno per svuotarlo nell'intestino di quello che non lavori per svuotare un coagulo formato tutto da una grossa massa. Da ciò si può dedurre che le modificazioni che il latte di vacca subisce con l' elevata temperatura sono più favorevoli anziché contrarie alla digestione (Jemma). Il Michel è venuto alle seguente conclusioni: con la sola pepsina in un ambiente cloridrico la digestione è più lenta nel latte sterilizzato che nel latte crudo; con la sola pancreatina in ambiente alcalino la digestione è notevolmente più rapida nel latte sterilizzato che nel crudo; con il fermento lab, la pepsina e l' acido cloridrico la digestione è più lenta nel latte sterilizzato. Ciò avviene nelle digestioni di lunga durata, mentre nelle prime ore di digestione il latte sterilizzato fornisce maggiore quantità di peptoni del latte crudo; con il fermento lab e la pancreatina in ambiente neutro la digestione è molto più rapida nel latte sterilizzato; con il lab, la pepsina e la pancreatina la digestione è più rapida nel latte sterilizzato che nel crudo.

Iemma (*La Clinica medica italiana*, n. 6, giugno 1899), della clinica medica del prof. Maragliano, è venuto, dietro una lunga serie di esperienze alle seguenti conchiusioni: con la sola pepsina e l'acido cloridrico il latte crudo si digerisce alquanto più rapidamente del latte sterilizzato; la digestione con la sola pancreatina è molto più rapida nel latte sterilizzato anzichè nel crudo; la digestione con il fermento lab, la pepsina e l'acido cloridrico, mentre é alquanto più rapida nelle prime ore di digestione (specie se si aggiunge il fermento lab prima della pepsina e dell'acido cloridrico) nel latte sterilizzato, fornisce successivamente, per digestioni molto prolungate, una quantità di peptoni maggiore nel latte crudo; il latte sterilizzato, sottoposto all' azione del fermento lab e della pancreatina, è digerito molto più rapidamente del latte crudo; l' azione successiva dei diversi fermenti, come nella digestione naturale, è più favorevole al latte crudo. Come conclusione generali delle sue ricerche egli dice che il latte sottoposto all' azione purificatrice del calore non perde la sua digeribilità anzi questa è superiore che nel latte crudo; che il latte sterilizzato e diluito con acqua lattosata è più facilmente digeribile del latte sterilizzato puro.

FORMULARIO

Gaucher. — **Contro la urticaria.**

Alcool etilico }
Etere solforico } . . . . . ana gr. 30
Cloroformio }
Mentolo . . . . » 10
Per polverizzazioni.

Brandis. — **Contro l'impetigine.**

Acido salicilico . . . . gr. 2
Lanolina . . . . » 50
Ossido di zinco }
Amido } . . . . . ana » 24
Per applicazioni locali.

Contro la sicosi,

Naftolo . . . . gr. 5 - 10
Sapone verde }
Creta preparata }
Solfo } . . ana » 25
Lanolina }
Per applicazioni locali.

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste

Oporto, 8—Ieri vi furono due casi di peste.

Alessandria d' Egitto, 8 — Negli ultimi tredici giorni fu accertato un solo caso di peste. Credesi che l'epidemia sia terminata.

Oporto, 10.—Tre colpiti dalla peste, curati col siero dell' istituto Pasteur, si trovano in convalescenza.

Ecco ciò che il dott. Ivo Bandi scrive da Oporto al *Don Chisciotte*:

Giunti in Oporto per studiare la presente epidemia di peste, dopo un lungo e faticoso viaggio di sette giorni, fummo premurosamente ricevuti dal console italiano Jao E. de Brito e Cunha, che ci presentò al governatore civile e al batteriologo municipale Ricard Jorge, che mise a nostra disposizione il suo laboratorio per le nostre ricerche. Potemmo subito osservare accuratamente i preparati e le culture del bacillo isolato dai cadaveri dal dottor Jorge, che posseggono tutti i caratteri del germe specifico della peste bubbonica. Abbiamo avuto in seguito l'occasione di visitare gli ammalati in cura nell'ospedale della città.

Questi ammalati, attualmente in numero di otto, sono ricoverati in due padiglioni isolati, molto razionalmente costruiti, per le malattie esantematiche, attualmente adibiti, in via provvisoria, ad uso di lazzaretti per gli appestati. Questi ammalati trovansi quasi tutti in via di guarigione, meno due donne, delle quali una è in gravissime con

dizioni, per la complicanza di un bubbone addominale.

E' cosa degna di nota, in questa ricorrenza epidemica, il fatto che accanto a forme d'infezione lieve, con bubboni primitivi, si riscontrano forme gravissime di peste emorragica senza bubboni, decorrenti rapidamente all'esito letale.

Queste differenze nel grado d'intensità dei vari casi devonsi con tutta probabilità ascrivere, non a varietà del bacillo, ma al diverso grado di ricettività individuale.

I casi più gravi fin qui osservati furono due: il primo in un uomo di media età, il quale, assalito da repentino malore, veniva ricoverato all'ospedale ove moriva entro poche ore, in stato di coma profondo. All'autopsia, notaronsi chiazze emorragiche petecchiali sparse sulla cute, e negli organi interni, specialmente nelle sierose. E' da notarsi che da quel cadavere non fu possibile isolare il germe specifico, della peste. L' altro caso, occorse in una donna, che ammalata da 24 ore, coi sintomi caratteristici della peste, moriva repentinamente di una forma quasi fulminante. Dal cadavere di questa donna potemmo isolare il bacillo caratteristico, virulentissimo, e confermare così pienamente la diagnosi di peste fatta dal dottore Jorge, e da altri negata o per ignoranza o per altre ragioni.

La provenienza di questa epidemia, è ancora un punto molto oscuro. Si è opinato che il trasporto del germe pestogeno sia avvenuto a mezzo di un carico di grano e di riso proveniente dalle Indie, ma conviene su ciò fare molte riserve, ove si consideri che il commercio del Portogallo colle Indie non si fa direttamente, giacchè le navi approdano nei porti inglesi, ove il carico viene trasbordato su altre navi, che fanno il servizio esclusivo fra l'Inghilterra e il Portogallo.

Può quindi solo razionalmente ammettersi che tramite della malattia sia stato qualche ratto ammalato o morto di peste, qui giunto col carico.

Non si è potuto però osservare in questa ricorrenza epidemica, una vera moria premonitoria fra i ratti: solo, durante l'epidemia, si sono trovati alcuni ratti ammalati o morti di peste, e qualche ratto catturato è morto spontaneamente di peste nel laboratorio municipale d'igiene.

E' certo però, che il primo caso s'è avuto in un facchino del porto, addetto allo scarico delle merci.

L'epidemia si è dapprima mantenuta nei quartieri più sporchi, situati lungo la riva del Duero, limitandosi a casi sporadici; si è quindi avanzata, costituendo dei piccoli focolai d'infezione, sparsi nei quartieri interni della città.

Circa i mezzi addottati per combattere il dilagare del terribile morbo, può dirsi che nulla siavi ancora di concreto. Solo misura di una certa efficacia è la guerra ai ratti che sono i più temibili propagatori della peste, fatta a mezzo della stricnina, e impiegando varie persone, per raccoglierne i cadaveri nelle acque del Duero, ove vanno a morire.

L'isolamento dei malati è alquanto problematico giacchè, come al solito, il popolo si mostra riluttante ad essere internato negli ospedali, nè si può quindi procedere ad una accurata e completa disinfezione degli ambienti, ove continuano ad abitare gli ammalati. Si procede quindi all'isolamento e piantonamento delle abitazioni infette. Solo in due o tre casi, si è avuto la possibilità d'incendiare i focolai d'infezione.

E' inutile discutere sull'inefficacia dei cordoni sanitari, omai caduti in disuso presso le nazioni civili.

Il danno apportato al commercio da questa barbara e pericolosa misura, è gravissimo. I negozi sono chiusi in segno di protesta, e la città è qui vuota giacchè coloro che potevano sono scappati prima che si mettesse in vigore questa misura, costituendo così un gravissimo pericolo di trasmissione della infezione.

Intanto sono continui gli assembramenti dei malcontenti sulle piazze, e non si è pensato nemmeno a proibire le funzioni nelle chiese, che rappresentano un grave pericolo di contaggio.

I membri della Commissione governativa, venuta da Lisbona per studiare l'epidemia, e convenire sui mezzi adatti a combatterla, hanno all'unanimità dichiarato inutile e pericoloso il cordone sanitario, ma il Governo di Lisbona si ostina a volerlo conservare. Continuando questo stato di cose si temono gravi disordini, per l'eccitamento della popolazione.

Società italiana di dermatologia e sifilografia

La Società si riunirà, per le sue adunanze ordinarie annuali, dal giorno 20 al 22 ottobre, in Roma, nella solita Sala della R. Università degli Studii.

La prima riunione avrà luogo alle ore 15, del giorno 20 ottobre (venerdì) — col seguente ordine del giorno:

1. Comunicazioni della presidenza;
2. Rendiconto finanziario;
3. Lettura di memorie.

Chi volesse usufruire del ribasso ferroviario, accordato ai Soci, è pregato di farlo sapere, al più presto, alla presidenza.

Avendosi comunicazioni scientifiche da fare, si prega di rimetterne il titolo alla presidenza (Professore Campana, 97 via Arenula, Roma).

GAZZETTINO

BERNA. *Sezione antirrabica dell'istituto d'igiene.* — All'istituto batteriologico dell'Università di Berna è stata annessa una sezione per la cura antirrabica.

LIEGI. *L'anchilostomiasi.* — Nella seduta del 28 scorso luglio il Consiglio provinciale di Liegi ha deliberato un sussidio di 20,000 lire per gli operai colpiti dall'anchilostomiasi nel 1899 e che dovettero a motivo di essa abbandonare il lavoro almeno per un mese; e un credito di 5000 lire per diffondere la conoscenza della malattia e dei mezzi proprii a combatterne la propagazione.

LONDRA. *R. Collegio dei chirurgi.* Nel 1900 sarà celebrato il primo centenario della costituzione di questo collegio.

PIETROBURGO. *Per l' inquinamento del Volga colla nafta.*— Per le ricerche sull' inquinamento del fiume Volga colla nafta, è stato formato ad Astrakan una commissione di cui é presidente il prof. d'igiene Schidlofski e membri il prof. Dianin (chimico) e Chtopin (igienista).

LELAND STANFORD. *Un dono di 190 milioni all' Università.*—In memoria di un figlio da lei perduto, la signora Jane Stanford, vedova di un milionario californiano, ha fatto dono all' Università di Leland Stanford di 38 milioni di dollari (190 milioni di lire), presso a poco tutto il suo patrimonio.

É il dono più cospicuo che sia mai stato fatto ad una Università americana e forse del mondo.

Secondo le intenzioni del marito della donatrice, l'Università di Stanford ammetterà anche le studentesse.

HENTUCHY. *Studii medici.* — Una circolare governativa avverte che non saranno più riconosciuti i diplomi in medicina rilasciati da istituti che non si trovano nelle condizioni richieste dallo Stato.

MICHIGAN. *Matrimonio tra malati di malattie veneree.*—Un decreto recente proibisce il matrimonio alle persone affette da gonorrea e sifilide, e commina pene gravi ai trasgressori di questo provvedimento.

WARREN COUNTY. *Febbre tifoide.*—Una grave epidemia di tifo infierisce in un istituto del paese, mentre la salute generale del resto della città è eccellente.

GIAPPONE. *Dissenteria.* — Un'epidemia dissenterica miete numerosissime vittime. Alcuni distretti specialmente sono talmente infestati che impressiona lo squallore e la depopolazione in cui sono ridotti.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

1. N. Sorrentino. Alterazioni del sangue per diminuita o soppressa perspirazione cutanea. Estratto dalla *Clinica medica*, 1899.
2. G. Vinci. Sur l' Eucaine B. Estratto dagli *Archives italiennes de Biologie*, 1899.
3. G. Vinci. Sulla relazione tra costituzione chimica ed azione fisiologica dell'eucaina e di alcune sostanze analoghe. Estratto dagli *Annali di Farmacoterapia e chimica*, 1899.
4. G Vinci. Sul meccanismo d'azione dell'euftalmina. Estratto dall'*Archivio di Farmacologia e terapeutica* 1899.

PICCOLA POSTA

G. R. Vomero.—Il giornale si è spedito regolarmente. Se dal cambio d'indirizzo non lo ha ricevuto faccia reclamo alla posta. Attendiamo promessa fatta in Dicembre.

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un' annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Cineto Romano. (Roma). Concorso al posto di Medico-chirurgo condotto. Stipendio annuo L. 1800 compresi L. 100 come ufficiale sanitario. Scadenza 20 settembre.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Camerino (Macerata). Condotta medico-chirurgica, L. 2600 annue. Scadenza 20 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Magliano (Grosseto). Medico-chirurgo condotto a piena cura per la frazione di Pereta. L. 2500. Scadenza 20 settembre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Nuove ricerche sperimentali sull'etiologia e terapia dell'epilessia

Già da parecchi anni il Kocher in riguardo all'origine degli accessi epilettici si era espresso nel seguente modo: intendiamo per insulto epilettico quale si verifica nell' uomo, sopratutto nella forma jaksoniana, una commozione del cervello causata da brusche oscillazioni della pressione intracranica e dai disordini circolatori relativi, mentre esiste nello stesso tempo un'eccitabilità anormale a base anatomica di determinate sezioni del cervello, specie della corteccia.

Il Kocher dunque dava importanza, oltre all'aumento dell'eccitabilità del cervello, ad un aumento duraturo o passeggero della tensione del liquido cerebro-spinale. Per consiglio del Kocher stesso ultimamente Jto ha fatto delle ricerche per dimostrare sperimentalmente l'importanza di questo fattore nella patogenesi dell'epilessia. Egli misurava negli animali da esperimento la pressione del liquido cerebro-spinale e poi li rendeva epilettici in un qualche modo, e determinava un'altra volta la pressione intracranica: infine mediante un atto operativo egli liberava gli animali dalla compressione a cui era stato assoggettato il cervello e ne studiava l'effetto sugli accessi epilettici.

Se si passa in rassegna la lunga serie di ricerche sperimentali fatte allo scopo di illustrare la patogenesi dell'epilessia, si trova in generale che i risultati sono concordi nell'ammettere come fatto essenziale, che dà origine alla malattia, l'aumento dell'irritabilità di certi centri nervosi. La sede di questa irritabilità è da alcuni riposta unicamente nella corteccia del cervello (teoria corticale), da altri nel ponte e nel midollo allungato (teoria midollare), da altri infine tanto nel cervello quanto nel midollo spinale (teoria cortico-midollare). La epilessia sperimentalmente provocata dagli autori si può distinguere in una forma acuta ed una cronica: la prima si manifesta immediatamente o poco dopo lo stimolo esercitato e l'accesso non si ripete più spontaneamente; l'altra si manifesta tardivamente dopo il trauma, e gli accessi si ripetono poi di tempo in tempo spontaneamente. Per dimostrare l'importanza delle oscillazioni della pressione intracranica nella genesi dell'epilessia, come voleva fare l'Jto era evidentemente necessario produrre negli animali questa forma di epilessia.

Riguardo alla scelta degli animali, l'Albertoni riuscì a produrre l'epilessia in diversi animali servendosi della stimolazione elettrica; nelle cavie però si richiede una grande forza di corrente; nei conigli, nei cavalli, negli asini, nelle capre ecc. non si riesce ad ottenere veri accessi epilettici, anche adoperando forti correnti. Secondo François-Franck il cane ed il gatto sono gli animali d'elezione per lo studio dell'epilessia corticale. Per Conty la scimmia non si adatta bene per questi esperimenti, contrariamente a ciò che dice Ferrier, secondo cui si possono provocare nella scimmia accessi epilettici, mediante la stimolazione del cervello. I veterinari dicono che fra gli animali domestici il cane soggiace a preferenza all'epilessia; infatti nell' Ospedale dei cani di Vienna nell'anno scolastico 1859-60 si ebbero 113 casi di epilessia.

Lafosse in una statistica cita 255 casi di epilessia fra 25000 cani. Anche secondo Müller l'epilessia genuina è una malattia non rara nei cani di diversa specie. Lo stesso si legge nelle opere di Hertwig, Röle, Schneidemühl ecc. Da ciò si può desumere che nel cane deve riuscire più agevole la produzione artificiale dell'epilessia cronica. Dopo il cane gli animali più adatti sono le cavie ed i gatti. Nelle cavie il Brown-Sèquard fu il primo ad osservare l'epilessia tardivamente dopo il trauma, ed anche il Westphal considera le cavie come fortemente disposte all' epilessia, come animali nevropatici.

Gli esperimenti nei cani furono fatti dall' Jto in 15 animali di razza diversa. Egli determinava in precedenza la pressione del liquido cerebro-spinale, mettendo a nudo la membrana atlante-occipitale ed introducendo nella medesima, secondo il metodo di Ziegler-Frank, un'ago-cannula in connessione con un manometro a membrana di Hürthle. Per la misurazione gli animali vennero tutto assoggettati ad una narcosi mista (morfina ed etere). Risultò che la pressione del liquido cerebro-spinale corrisponde in media nei cani a 175 mm. di acqua, la cifra massima è di 300 mm., la minima di 30 mm. L' oscillazione pulsatoria della tensione in media è di 50 mm.: i valori estremi sono 100 mm. e 15 mm.; l'oscillazione causata dalla respirazione è in media di 85 mm. con estremi di 135 e 25 mm. Questi valori variano a seconda della posizione del capo: le cifre riportate dall' Jto furono ottenute stando il vertice circa 10 cm. più in alto del punto più elevato del dorso.

Le cifre ottenute dai vari autori (Ravina, Magendie, Jolly, Bochefontaine ecc.) sono diverse. La cifra massima è di 270 mm. di acqua (Key e Retzius), la minima 25 mm. (Jolly). Queste cifre estreme concordano con quelle dell'Jto. Se ne conchiude che la tensione normale del liquido cerebro-spinale, ossia la pressione normale subaracnoideale varia tra limiti molto lontani fra di loro. Le curve date da questa pressione fanno distinguere tre oscillazioni, cardiaca, respiratoria, vasomotrice o vascolare. Nelle curve dell'Jto mancava l'ultima oscillazione prodotta dal periodico contrarsi ed afflosciarsi dei piccoli vasi cerebrali. Per le oscillazioni respiratorie della pressione subaracnoidale non è ancora ben certo se esse dipendano da oscillazioni di pressione nelle vene o nelle arterie. L'Jto ha trovato che d'ordinario la curva della tensione cerebro-spinale si innalza durante la espirazione, si abbassa durante l'inspirazione; solo eccezionalmente si verifica il contrario. Qualche volta manca l'oscillazione respiratoria, quando la respirazione è lenta e superficiale e quando è molto elevata la tensione del liquido cerebro-spinale. In quest'ultimo caso manca anche l'oscillazione pulsatoria.

I mezzi di cui gli autori (v. Bergmann, Lorry e Schwartz, Cooper, Budge e Dalton, Serres e Flourens, Rees, Malgaigne, Magendie ecc.) si sono serviti per aumentare la tensione del liquido cerebro-spinale sono stati differenti. L'Jto si servì di palloncini di vetro a superficie liscia, del diametro massimo di 2 cm., minimo di 7 mm., che egli introduceva ora tra la dura e l'osso, ora tra la dura e la pia, ora nella sostanza stessa del cervello, ora nei ventricoli laterali. In un'altra serie di esperimenti veniva iniettato negli stessi punti una massa fusibile ad una certa temperatura, ma che si solidificava alla temperatura del corpo (paraffina). In altri casi l'Jto si servì di pezzetti di laminaria ed anche, per associare lo stimolo meccanico al chimico, di palloncini di vetro aperti ad un estremo e ripieni di garza jodoformica. Per esercitare uno stimolo puramente chimico usò l'olio di trementina, che iniettava nella sostanza stessa del cervello o le capsule di trementina e celloidina secondo Poljakoff. Infino l'Jto praticò anche iniezioni di stricnina, fratture artificiali ecc. Durante l'operazione gli animali erano assoggettati alla narcosi mista (morfina ed etere).

Quasi costante dopo l'operazione era l'indebolimento della motilità negli arti del lato opposto a quello in cui l'operazione veniva fatta. Disordini sensitivi furono osservati solo in 2 casi, movimenti di maneggio solo in 2 casi e dal lato stesso della lesione cerebrale (palloncino di vetro tra la dura ed il cervello, abrasione della corteccia motrice). In 5 casi si manifestarono accessi epilettici dopo l'operazione e si ripeterono a brevi intervalli, in modo da aversi uno stato epilettico in forma recidivante; ma dopo alcune ore i fenomeni convulsivi cessavano per non ripetersi più, malgrado che l'aumento della pressione del liquido cerebro-spinale artificialmente prodotto fosse rilevantissimo. Questi animali, tenuti in osservazione fino a 298 giorni dopo l'operazione, o morivano con gravi sintomi diretti di compressione del cervello o continuavano a vivere presentando alcuni sintomi indiretti di aumentata tensione. Perchè questi animali non presentarono segni di epilessia cronica è difficile dirlo. Probabilmente, dice l'Jto, si richiede un processo infiammatorio, possibilmente di natura infettiva, perchè si abbia un'epilessia tardiva duratura.

Gli esperimenti fatti nei cani furono dall'Jto ripetuti nelle cavie con migliore risultato.

In primo luogo la determinazione della pressione subaracnoideale in animali sani del peso massimo di 770 gram. e minimo di 165 gram. diede come cifra media 45 mm., come cifre estreme 90 e 15 mm. L'oscillazione pulsatoria era raramente evidente ed in media non superava i 20 mm., la respiratoria era visibile solo a respirazione rinforzata e raggiungeva in media 35 mm. L'Jto, per rendere epilettiche le cavie, si servì del metodo di Westphal, quello cioè di percuotere ripetutamente con un martello la testa degli animali. Mediante questa pratica si riesce a provocare nelle cavie sia accessi epilettici incompleti, sia accessi completi generalizzati a tutto il corpo. Le misurazioni della pressione sotto-aracnoideale in questi animali dimostrò all'Jto che essa era aumentata circa del quadruplo.

Da che cosa dipende l'aumento della pressione intracranica nelle cavie epilettiche? Il liquido cerebro-spinale, come dimostrò l'autopsia, non era in nessun caso aumentato; invece esisteva notevole iperemia delle meningi cerebrali e del cervello stesso. Non si può negare che la pressione sanguigna ha un'influenza notevole sulla pressione intracranica (v. Bergmann, Grashey, Pfaundler ecc.). Si può dunque ammettere che la iperemia funzionale del sistema nervoso centrale, dimostrata all'autopsia degli animali epilettici, sia la causa dell'anormale aumento di pressione intracranica, che a sua volta costituisce il fondamento dell'epilessia artificiale delle cavie. Qui va osservato che sono noti casi clinici di epilessia congestiva (Magendie).

In ultimo l'Jto riferisce alcune determinazioni della pressione del cervello fatte in 4 epilettici della Clinica di Kocher con perdita di sostanza della parete cronica. Da queste ricerche si rileva che la pressione risente in modo speciale l'influenza delle varie posizioni del capo e che nell'uomo si possono avere cifre al di sotto dello zero. La cifra media della pressione intracranica nell'uomo giovane in posizione eretta è di 150 mm. Negli epilettici la pressione può raggiungere il massimo di 520 mm., che nella forzata espirazione può salire a 560 mm.

BIBLIOGRAFIA

Un indice bibliografico alfabetico completo si trova nella monografia di H. Jto. *Experimentelle Beiträge zur Aetiologie und Therapie der Epilepsie*, nella *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd 52, H 3-4 e 5-6, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Fisiologia della R. Università di Padova diretto dal prof. A. STEFANI

IL RICAMBIO MATERIALE DELL'AZOTO E LA DIGESTIONE GASTRICA NELLE PERSONE OPERATE DI GASTRO-ENTEROSTOMIA.

Contributo alla fisio-patologia dello stomaco

Dott. Umberto Deganello, aiuto

(*Cont. — V. num. prec.*)

Caso II. — Stivanello Regina, di anni 28.

Sintomi. — Primi sintomi 8 mesi addietro: dolori a tutto l'ambito addominale, meteorismo ed ostinata stitichezza. Dopo 6 mesi dall'inizio di questi sintomi avvertì fortissimo dolore alla regione ombellicale, che continuò fino al giorno in cui fu operata; in seguito insorsero gastralgie intense e vomiti alimentari dopo il pasto.

Diagnosi. — Ulcera semplice della parete anteriore dello stomaco con perigastrite adesiva, e diffusione dell'ulcera alla parete addominale anteriore.

Operazione. — 3 Gennaio 1899. Laparotomia. In corrispondenza della grande curvatura si riscontra un tumore che parte dall'epiploon gastro-colico e aderisce al peritoneo parietale.

Lo stomaco, cosparso di tubercoli, è aderente al lobo sinistro del fegato. Asportazione del fegato. Asportazione del tumore, che risulta di un pacchetto di gangli, in parte caseificati. Gastro-enterostomia posteriore retrocolica alla Roux, con due bottoni del Murphy.

Diagnosi post-operativa. Perigastrite tubercolare (con ulcera gastrica?).

Le diffuse aderenze perigastriche non hanno permesso un accurato esame delle pareti gastriche.

Esito. — Guarigione operativa.

Cessano le sofferenze gastriche.

Caso II. — Stivanello Regina

Bilancio dell' Azoto (espresso in grammi)

INTROITO

Data	Qualità e quantità degli alimenti	Azoto degli alimenti	Sott. alb. corrisp. (N×6,25)
28gen. 1899	Zuppa di pane gr.300. Minestra di riso 500. Carne di vitello 40. Pane 165. Caffè (inf.) 110. Minestra di vermicelli 310. Brodo 150. Latte 1 litro. Caffè e latte 260.	13,70	85,62
29 id.	Brodo 360. Minestra di riso 400. Carne di vitello 60. Pane 75. Caffè (inf.) 150. Latte 300. Caffè e latte 200. Minestra di vermicelli 380.	8, 52	53,25
30 id.	Brodo 200. Minestra di riso 490. Carne di vitello 70. Caffè (inf.) 200. Minestra di vermicelli 320. Caffè e latte 250. Pane 60. Latte 1 litro.	12,26	76,63
	Totale	34,48	215, 50

Esito complessivo verificatosi nei 3 giorni (28-29-30 gen.)

Per le feci		Azoto non assimilato 0/0	Per le orine		Avanzo o perdita	
Azoto	Sost. alb. corrisp.		Azoto	Sost. alb. corrisp.	Azoto	Sostalb. corrisp.
3, 19	19,94	9,25	32,05	200, 31	—0, 76	— 4,75

Le orine emesse dalla paziente Stivanello Regina (Caso II), durante i tre giorni di esperimento presentarono sempre reazione debolmente acida, erano di colorito giallo-pallido e la quantità giornaliera oscillò fra 1155 cc. e 940 cc.; il peso specifico fra 1018 e 1023. Riuscirono sempre negative le diverse reazioni dell'albumina, del peptone e del glucosio.

La paziente defecò regolarmente in ciascuno dei 3 giorni; le feci erano sempre di consistenza semi-solida, di reazione acida; la quantità giornaliera variò da gr. 125 a gr. 160

L'esame microscopico del sedimento urinario e delle feci nulla presentava d'interessante.

Il 31 gennaio 1899, alle ore 9 ant. le fu somministrata la colazione di prova del Ferrannini (gr. 100 di carne di vitello arrostita, un uovo appena riscaldato, 150 gr. di acqua potabile).

La paziente non aveva preso cibo da 15 ore; alla 11 $^1|_2$ fu estratto il contenuto dello stomaco dal Dr. S. Catellani. L'esame di detto contenuto porse i seguenti risultati:

Nell'acqua di lavaggio, che servì per l'estrazione, si trovò sospesa una certa quantità dei cibi ingeriti; vi si rinvennero pezzetti di albume d'uovo coagulato, e all'esame microscopico si notarono parecchie fibre muscolari striate, riunite in ammassi, insieme a numerose fibrille connettivali.

Esame chimico. — Il liquido estratto è di reazione acida e presenta, quantunque debolmente, le reazioni di Günzburg e di Boas

per l'HCl. Riesce negativa la reazione di Uffelmann per l'acido lattico.

Dal liquido filtrato si ottiene manifestissima la reazione del biurete per il peptone (colorazione rosea in seguito a trattamento con potassa e soluzione allungata di Cu. SO_4). Si ottengono pure in modo evidente la reazione di Millon e la xanto-proteica per le sostanze albuminose.

Caso III. — Ruzzon Natalia, di anni 40.

Sintomi. — Da alcuni anni sofferenze gastriche: gonfiezza epigastrica, pirosi, eruttazioni acide. Da sei mesi accentuazione dei suddetti sintomi, ai quali si sono aggiunti gastralgie e vomiti alimentari a periodi irregoli.

Diagnosi. — Ulcera semplice dello stomaco.

Operazione. — 24 gennaio 1899. Laparotomia. Si trova dilatazione gastrica notevole e ispessimento di tutta la parete posteriore del piloro. Gastro-enterostomia posteriore retrocolica alla Roux, con due bottoni di Murphy.

Diagnosi post-operativa. — Ulcera semplice della parete posteriore del piloro. Stenosi, peripilorite e gastrectasia.

Esito. Guarigione operativa e funzionale.

Caso III. — Ruzzon Natalia

Bilancio dell'Azoto (espresso in grammi)

INTROITO

Data	Quantità e qualità degli alimenti	Azoto degli alimenti	Sost. alb. corrisp. (N×6,25)
4 febb. 1899	Latte gr.550. Due uova (gr.70). Brodo 200. Carne di vitello 40. Pane 300. Caffè (inf.) 100.	11,86	74,12
5 id.	Brodo 240. Minestra di riso 480. Carne di vitello 45. Pane 65. Minestra di vermicelli 460. Quattro uova (gr. 140). Caffè e latte 250. Latte 400.	11,70	73,13
6 id.	Latte 200. Brodo 400. Sei uova (gr. 195). Minestra di vermicelli 860. Carne di vitello 35. Pane 125. Caffè (inf.) 100. Caffè e latte 260.	12,23	76,44
	Totale	35,79	223,69

Esito complessivo verificatosi nei 3 giorni (4-5-6 febb.)

Per le feci		Azoto non assimilato 0/0	Per le orine		Avanzo o perdita	
Azoto	Sost. alq. corrisp.		Azoto	Sost. alb. corrisp.	Azoto	Sost. alb. corrisp.
5, 06	31,62	14,13	32,19	201,19	— 1,46	— 9,12

Le orine emesse dalla paziente Ruzzon Natalia (Caso III), nei 3 giorni di esperimento, erano sempre di reazione acida, di colore giallo-pallido: la quantità giornaliera oscillò fra 955 cc. e 760, il peso specifico fra 1025 e 1019: negative le reazioni dell'albumina, del peptone e del glucosio.

La paziente ebbe una scarica alvina quotidiana, le feci furono semiliquide nel I giorno, solide negli altri due giorni, di reazione acida: la quantità giornaliera oscillò fra gr. 170 e gr. 94.

L'esame microscopico del sedimento orinario e delle feci nulla presentò di notevole.

Il 9 febbraio 1899, alle ore 9 ant. fu semministrata alla Ruzzon Natalia (che era a digiuno dalla sera precedente) la solita colazione di prova del Ferrannini; alle 11 ½ viene estratto dal Dr. Iorfida il contenuto gastrico. In esso si rinvengono dei piccoli pezzi di albume d' uovo coagulato, insieme a piccoli frustoli di sostanza che, esaminati al microscopio, appaiono formati da fibre muscolari striate e da fibrille connettivali: vi si notano frammiste parecchie goccióle di grasso.

Esame chimico.—Il liquido estratto presenta reazione acida: riescono manifeste le reazioni di Günzburg e di Boas per l'HCl: negativa la reazione di Uffelmann per l' acido lattico. Manifestissima la reazione del biurete, del peptone, così pure la reazione di Millon e la xanto-proteica per le sostanze albuminose.

Caso IV. — Galluzzi Lucia, di anni 42.

Sintomi. — Da 16 anni soffre dolori all'epigastrio che si accentuarono specialmente negli ultimi 6 mesi; dopo i pasti avverte un senso di rigonfiamento nella detta regione: ebbe qualche vomito.

Diagnosi. — Gastrite cronica e gastrectasia.

Operazione. — 25 marzo 1899, Laparotomia. Gastro-enterostomia posteriore retrocolica alla Roux con due bottoni di Murphy

Diagnosi post-operativa. — Gastrite cronica e gastrectasia.

Esito. — Guarigione operatoria.

Caso IV. — Galluzzi Lucia

Bilancio dell'Azoto (espresso in grammi)

INTROITO

Data	Qualità e quantità degli alimenti	Azoto degli alimenti	Sost. alb. corrisp. (N×6,25)
16 ap. 1899	Brodo gr. 280. Minestra di riso 460. Pane 135. Carne di vitello 40. Min. di pastine 415. Tre uova (gr. 110). Caffè e latte 365. Latte 300.	11,23	70,19
17 id.	Brodo 215. Min. di riso 500. Pane 70. Carne di vitello 45. Minestra di vermicelli 445. Tre		

	uova (gr. 109). Caffè e latte 200. Latte 300.	10,39	64,94
18 id.	Brodo 200. Quattro uova (gr. 139). Min. di riso 445. Pane 135. Carne di vitello 45. Min. di vermicelli 400. Caffè e latte 200, Latte 350.	12,22	76,37
	Totale	33,84	211,50

Esito complessivo verificatosi nei 3 giorni (16-17-18 apr.)

Per le feci		Azoto non assimilato 0/0	Per le orine		Avanzo o perdita	
Azoto	Sost. alb. corrisp.		Azoto	Sost. alb. corrisp.	Azoto	Sost. alb. corrisp.
5,09	31,81	15,05	28,47	177,94	+0,28	+1,75

Le orine emesse dalla paziente Galluzzi Lucia (Caso IV), nei 3 giorni d'esperimento, furono sempre di colorito giallo pallido, di reazione acida. La quantità giornaliera oscillò fra 1350 cc. e 1150 cc. il peso specifico fra 1017 e 1020; negative le reazioni dell' albumina, del peptone e del glucosio.

La paziente ebbe la sua scarica giornaliera; le feci furono sempre di consistenza solida, di reazione acida; la quantità giornaliera variò fra gr. 232 e gr. 76.

Nulla d'interessante all'esame microscopico del sedimento urinario e delle feci.

Caso V. — Pellina Giustina, di anni 62.

Sintomi. Da tre mesi soffre dolori alla regione epigastrica, i quali divengono intensi dopo l' ingestione di alimenti, e vomiti alimentari 2-3 ore dopo il pasto. Fortemente denutrita.

Diagnosi. — Cancro del piloro con stenosi dell'orificio e gastrectasia secondaria.

Operazione. — 27 novembre 1898. Laparotomia senza cloronarcosi. Si riscontra il piloro mobile sede di un tumore grande quanto un limone. Gastro-enterostomia posteriore retrocolica alla Roux con due bottoni di Murphy.

Diagnosi post-operatoria. — Cancro del piloro.

Esito.—Guarigione operatoria e miglioramento funzionale.

Caso V. — Pellina Giustina

Bilancio dell'Azoto (espresso in grammi)

INTROITO

Data	Qualità e quantità degli alimenti	Azoto degli alimenti	Sost. alb. corrisp. (N×6,25)
5 mag. 1899	Brodo gr. 450. Minestra di vermicelli 230. Pane 25. Carne di vitello 60. Latte 300.	6,43	40,19
6 id.	Brodo 450. Minestra di vermicelli 200. Pane 20. Pollo 30. Tre uova (gr. 119). Latte 500. Caffè (inf.) 100.	7,86	49,12
7 id.	Brodo 235. Min. di vermicelli 465. Carne di Vitello 40. Pane 30. Caffè (inf.) 120. Latte 400.	5,75	35,94
	Totale	20,04	125,25

Esito complessivo verificatosi nei 3 giorni (5-6-7 mag.)

Per le feci		Azoto non assimilato 0/0	Per le orine		Avanzo o perdita	
Azoto	Sost. alb. corrisp. (N×6,25)		Azoto	Sost. alb. corrisp.	Azoto	Sost. alb. corrisp.
4,94	30,87	24,65	16,22	101,38	−1,12	−7,00

Le orine emesse dalla paziente Pellina Giustina (Caso V) nei suddetti giorni furono di colorito giallo carico e di reazione acida: la quantità giornaliera oscillò fra cc. 600 e cc. 415, il peso specifico fra 1020 e 1023. Davano la reazione dell'albumina mediante trattamento con acido acetico e ferrocianuro potassico: manifestissime le reazioni dell'indaco azzurro. Le feci emesse quotidianamente erano sempre di consistenza semiliquida e di reazione acida, la loro quantità giornaliera variò fra gr 265 e gr. 145.

Il 16 giugno 1899, alle ore 9 ant. fu somministrata alla suddetta paziente, che era a digiuno dalla sera precedente, la colazione di prova del Ferrannini. Alle ore 12 fu estratto il contenuto dello stomaco dal Dr. Gangitano: nel liquido che servì per estrarlo si trovano sospesi dei pezzetti di carne e di albume d'uovo coagulato. All' esame microscopico si vedono numerose fibre muscolari striate, fibrille connettivali e gocciole di grasso.

Esame chimico. — Il liquido ha reazione leggermente acida; riesce negativa la ricerca del-

l'HCl mediante i reattivi di Günzburg, di Boas e del metilvioletto, manifesta la reazione dell'acido lattico (reaz. di Uffelmann). Debole la reazione del biurete per il peptone; evidenti le reazioni xanto-proteica e del Millon per le sostanze albuminose.

(*Continua*)

CHIRURGIA INTESTINALE

LA CURA CHIRURGICA DELL'ULCERA DUODENALE

Le ulcere del duodeno e dello stomaco non si somigliano soltanto dal punto di vista anatomico, ma anche l'opinione e le teorie messe avanti sull'etiologia e sul decorso dell'ulcera gastrica, debbono estendersi all'ulcera duodenale. La produzione di entrambe le ulcerazioni viene riferita all'influenza digerente del succo gastrico. Che quest' influenza debba rendersi responsabile anche nel duodeno, è provato dal modo di comportarsi microscopico e patologico, dalla sede, dalla struttura e dalle cifre delle statistiche, dalle quali risulta che l' ulcera è più frequente nella porzione iniziale del duodeno, cioè là dove il succo gastrico non si è ancora mescolato coi succhi intestinali, e ch'essa diminuisce in frequenza quanto più quello viene neutralizzato dalla bile e dal succo pancreatico.

Indicazioni per l'intervento chirurgico nell'ulcera del duodeno sono le perforazioni, le emorragie ripetute, la gastrectasia per stenosi cicatriziale del piloro. Riguardo alla perforazione, hanno importanza per il chirurgo quei casi, in cui essa ha luogo nella cavità addominale libera o per lo meno nel tessuto estraperitoneale lasco, al più in un altro organo cavo. La perforazione del duodeno non porta sempre alla peritonite generale. Alla perforazione nel cavo addominale libero non sono adatte tutte le ulcere regolarmente, giacchè il duodeno solo in un punto della sua periferia possiede una superficie rivestita dal peritoneo. Quanto al quadro sintomatico, debbono distinguersi due forme: l' una consiste in una peritonite generalizzata purulenta e settica, come in conseguenza della perforazione di stomaco. Anche qui si è osservato senza contestazione che per la penetrazione d' aria nella cavità addominale l'ottusità epatica può scomparire e pure qualche volta persiste. Alla 2ª forma ha rivolto l'attenzione Lennander, dal quale, come da autori precedenti, sono descritti dei casi, in cui il pus lasciò libera la parte mediana della cavità addominale; esso si raccoglie dapprima nel solco fra il colon trasverso ed il fegato; agglutinamenti fra colon, rispettivamente mesenterio e parete addominale, protraggono l' anse del tenue, ed il pus scorre dal lato destro lungo il colon discendente verso il piccolo bacino. In entrambi i casi possono sorgere degli scambi: nel 1° coll'ulcera gastrica perforante, nel 2° principalmente colle suppurazioni peritiflitiche, anche colle perforazioni della vescichetta biliare. La difficoltà diventa tanto maggiore inquantochè una diagnosi clinica è difficultata molto spesso dalla pochezza dei fenomeni progressi e dal significato molteplice dei fatti iniziali.

Il cosidetto decorso latente di molte ulcere duodenali fa si che la perforazione sembri colpire le persone in piena salute. Certamente però ad un esame accurato si troverà spesso che già da lungo tempo esistevano sintomi, dai quali solo raramente si poteva con precisione o soltanto con probabilità dedurre l' esistenza di un' ulcera duodenale. Così, quando compaiono fenomeni di peritonite da perforazione con dolori all'epigastrio, si pensa all'ulcera gastrica; se alla regione epatica, eventualmente ad un' affezione della cistifellea, e quando essi vengono localizzati al lato destro, si pensa con ragione piuttosto ad una perforazione dell'appendice vermiforme anzichè ad un'ulcera duodenale.

Ne viene di conseguenza che nell'intervento operativo consecutivo si ricerca in un luogo falso e non si trova nulla. Pagenstecher (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 52, H. 5 e 6, 1899) mette insieme una tabella di 29 casi nei quali risultava il fatto secondario, la peritonite; questa dominava il quadro clinico e determinò l'intervento operativo. La diagnosi si fa raramente. Dal punto di vista terapeutico, si tratta prima di tutto di svuotare l'essudato colla laparotomia. L'anamnesi, insieme col reperto operativo, deve condurre alla sede del male. La perforazione si cerca, tenendo dietro al pus là dov' esso scorre più abbondantemente, là dove si hanno le lesioni peritonitiche più abbondanti e più antiche, là dove si svolgono eventualmente bolle di gas. Il chirurgo, che intraprende il trattamento d'una peritonite acuta, deve anzi tutto tener presente che v'ha anche un'ulcera duodenale perforante. Vengono addotti sintomi speciali, atti a destare il sospetto: per esempio nella suppurazione apparentementte peritiflitica, caratteri non fecali e reazione acida dell'essudato (succo gastrico). Ad ognuno però, che ha avuto da fare con intestini rigonfii nella peritonite, è chiaro che è più facile di esigere il postulato teorico anzichè di trovare veramente per via d'un buco l' organo nascosto. La mortalità complessiva dei 28 casi pubblicati fu dell'85 7 0/0.

L' emorragia è uno dei sintomi più frequente dell'ulcera duodenale. Essa apparisce sia sotto forma di melena, che di vomito sanguinolento. Non si deve perciò desumere da quest' ultimo la sede di un' ulcera nello stomaco; così pure il melena frequente senza vomito sanguigno non stabilisce nulla più di un sospetto molto forte sulla sede duodenale. Il fatto dell'ematemesi non deve sorprendere: essa si spiega facilmente nell'ulcera dell'anello pilorico stesso; ma, non chiudendo questo ermeticamente, il sangue può facilmente attraversarlo, quando il duodeno n'è pieno.

Dalla ripartizione alla parete anteriore e posteriore non sembra risulti dimostrato per lo meno la 2ª parte della frase spesso citata, che cioè la sede dell'ulcera alla parete anteriore predisponga più alla perforazione, quella alla parete posteriore più all'emorragia. Il duodeno ha in generale i rapporti più intimi con ogni genere di vasi grandi e piccoli, che si stipano in uno spazio ristretto intorno ad esso ed in esso.

Collin riferisce emorragie, e sempre mortali, dodici volte dell'arteria pancreatico duodenale, tre volte dalla gastro-epiploica destra, due volte dalla pancreatica nel fondo dell' ulcera, una volta dall'epatica, due volte dall'aorta addominale, due volte dalla vena porta, una volta dalla vena meseraica superiore. Si trattava perciò spesso di tali vasi, nei quali un'arresto dell'emorragia, anche con un intervento chirurgico, non sarebbe stato possibile o lo sarebbe stato appena. Dobbiamo quindi aderire al consiglio di Mikulicz di astenerci dall'intervento in casi di unica emorragia da ulcerazioni, profusa, che minacci la vita per anemia acuta, specialmente quando si tratta del duodeno.

Altrimenti stanno le cose coll'emorragie che non agiscono mortalmente, ma pure si ripetono esaurendo l'organismo, siano esse parecchie, profuse o spesso piccole. Per lo più esse non esistono a solo, ma sono associate con altri fenomeni di dispepsia cronica: dimagramento, dolori, disturbi digestivi, ritenzione di cibi, vomito, precisamente come nell'ulcera gastrica. Vi sono, come gia s'é detto, casi di ulcera duodenale, che decorsero latentemente, finchè una perforazione e la comparsa di emorragia svelò la loro presenza. Al più esistevano fatti di significato dubbio, d'ordinario dolori dopo la presa del cibo. Essi valgono per caratteristici, quando cominciano solo dopo parecchie ore di pausa. La loro sede è o all'epigastrio, di raro più profonda o all'infuori della linea parasternale destra, all'arco costale destro sono irregolari, eventualmente a guisa di colica e subitanei, per lo più su d'un punto fisso, che spesso è sensibile alla pressione. È anche descritta una dispnea parossistica che mantiene una pericardite. Con questi delori sono conservati l'appetito e la fame e anche nel periodo dell'emorragie. Altre volte vi si aggiungono pirosi, perdita dell'appetito, fermentazioni: non vengono tollerati i cibi più difficili, si ha vomito, dimagramento ecc. Perchè le cose siano così varie non si sa, non potendosi per ora separare i casi né anatomicamente nè etiologicamente. Mentre perciò in un caso si hanno lievi disturbi, in un altro si hanno soltanto dolori, in un terzo si uniscono tutti i sintomi in modo intenso. Come nello stomaco, si trovano ulcere che risiedono su di una parete libera rimasta mobile ed altre nelle quali il fondo dell'ulcera ha aderito cogli organi vicini, principalmente col pancreas, con che si originano infiltrati spessi. Sono specialmente quest' ultime, che sfidano qualsiasi altra cura. La terza forma, formazione di tumori, non sembra che sia stata osservata nel duodeno.

Pagenstecher si allontana assolutamente da Landerer, il quale ora ritiene che l' escissione eventualmente della circonferenza intestinale sia l' ideale, la gastroenterostomia soltanto un espediente.

La questione della resezione circolare del piloro è già stata ventilata da Mikulicz; le difficoltà da lui accennate riguardo al piloro, valgono ancora più per il duodeno coi suoi intimi rapporti cogli organi vicini.

Delle due operazioni che qui entrano in ballo, la piloroplastica e la gastro-enterostomia, la prima non ha alcun senso nell' ulcera duodenale o per lo meno solo quando essa ha la sua sede in vicinanza del piloro, dove coll'operazione può combinarsi l'escissione. In altri casi bisogna sforzarsi di tenere lontana la pappa alimentare, cioè lo stomaco dev'essere svuotato precocemente e radicalmente in un' altra direzione, il che succede appunto colla gastroenterostomia.

Allo svuotamento migliore e più precoce dello stomaco corrisponde uno sgravio maggiore o minore, una messa in riposo, rispettivamente l'esclusione, del duodeno.

Essa tiene lontani gli stimoli meccanici e chimici ed offre così la possibilità della guarigione.

Una stenosi cicatriziale consecutiva ad una ulcera per lo più guarita, che già é nota nello stomaco ed avente la sua sede al piloro conduce alla gastrectasia, ha anche il suo analogo nel duodeno. La stenosi duodenale produce diversi sintomi, secondochè essa risiede alla parte iniziale del duodeno o al di sotto, rispettivamente dello sbocco del coledoco. La prima non differisce nei suoi sintomi da quella del piloro. Si può formare una dilatazione secondaria dell'estremità prossimale, e più di tutto una gastrectasia, specialmente se l'ulcera risiede in vicinanza del piloro. La seconda forma produce fenomeni caratteristici, che dipendono dal reflusso della bile e del succo pancreatico nello stomaco.

Secondo i reperti anatomici, in questa stenosi cicatriziale non si tratta sempre d'una cicatrizzazione completa, piuttosto di processi di raggrinzamento; nel centro può perdurare l' ulcera ed esservi intorno una periduodenite. Complessivamente predomina il raggrinzamento cicatriziale quando l'ulcera risiede molto vicina al piloro analogamente a quello che accade nello stomaco. Sono stati operati due casi di questo genere da Codivilla con esito in guarigione ed uno da Carle con esito letale: l'operazione fu in tutte e tre i casi la gastroenterostomia.

Quali sono i risultati complessivi delle cure dell' ulcera duodenale? Riguardo ai casi, che non vennero sottoposti ad alcuna cura o solo ad una cura interna, di 70 casi nei quali Perry trovò

alla sezione ulcere e cicatrici da ulcere, 20 erano morti per l'ulcera, cioè quasi un terzo. Solo 8 volte si era avuto guarigione, la cicatrizzazione, cioè nel 10,4 0|0.

Negli altri casi s'avevano ulcere aperte. Chirurgicamente vennero operate 28 ulcere perforanti con 4 guarigioni e 24 morti; 5 casi allo stadio florido di ulcere croniche (di questi uno morì dopo 3 mesi e l'ulcera era guarita) non soffrirono alcun disturbo rispettivamente dopo 5 anni, 1 anno, 6 mesi, 3 mesi; 4 stenosi cicatriziali con esito letale in un caso e tre di guarigione dopo 5 anni, e rispettivamente 3 anni, 1 caso di cicatrice con ittero cronico, che migliorò notevolmente.

Movimento biologico universale

1. Schnabl riferisce un caso di « **cardialgia e dolori vasali** ». Trattavasi di un operaio di 44 anni, il quale era un forte bevitore. I dolori cardiaci erano dovuti ai fatti di miocardite, la quale era stata prodotta dall'abuso di alcool. I dolori vasali, che si manifestavano specialmente quando si premeva l'arteria, si potevano spiegare come fatti di ipereccitabilità dei nervi dei vasi. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, n. 36, 5 settembre 1899).

2. A. Fanoni ha curato sei casi di pulmonite col « **siero antipneumonico Pane** » usando in alcuni il n. 1 in altri il n. 2. Egli crede che il siero Pane sia il rimedio razionale e specifico della pulmonite, e che costituisca un metodo di cura innocuo, anche se si usino dosi esagerate. Esso produce una rapida miglioria e accelera la risoluzione. Il siero di data anteriore a cinque mesi non è più attivo e non dà alcun risultato, (*New-York medical journal*, n. 1082, 26 agosto 1899).

3. De Simoni fa delle « **ricerche sull'ozena** ». Conclude che: 1° Nel muco ozenatoso si riscontrano costantemente germi patogeni che eventualmente possono riscontrarsi anche nel muco nasale. Questi germi sono il diplococco di Fränkel, gli streptococchi e gli stafilococchi piogeni. 2° I germi non patogeni che si riscontrano costantemente nel muco ozenatoso e che eventualmente possono trovarsi anche nel muco normale sono: i bacilli capsulati, i bacilli simil-difterici. 3° I germi patogeni che costantemente si riscontrano nell'ozena, non hanno alcuna importanza etiologica. 4° Come in cultura pura i varii microrganismi che si trovano nell'ozena, patogeni, si dimostrano incapaci a riprodurre il processo morboso se sono inoculati nella mucosa d'individui normali, così non sono capaci di riprodurre lo stesso processo morboso se s'inoculano associati come si riscontrano nel muco ozenatoso. 5° Esclusa la natura infettiva dell'ozena, bisogna ammettere che questo processo abbia per punto di origine una lesione anatomica della mucosa nasale, che permette la moltiplicazione e la selezione di quei germi patogeni e non patogeni che possono trovarsi nel muco nasale normale e che nell'ozena concorrono a ledere maggiormente la funzionalità dell'epitelio. (*Il Policlinico*, n. 56, 15 agosto 1899).

4. I. Sellei pubblica alcuni « **contributi patologici e clinici alla psoriasi volgare** » in cui si occupa delle particolarità relative tanto alle forme tipiche, che egli studia nelle loro varie localizzazioni e nei varii rapporti individuali, quanto alle forme atipiche, sia per la non ordinaria localizzazione, sia per la specialità dei sintomi clinici e del decorso. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, n. 36, 1899).

5. Donat ha trattato in una della seduta della Società Medica di Lipsia della « **enteroptosi** ». Fra le cause produttrici della ptosi addominale pone la gravidanza e la clorosi, in quanto che, colla diminuzione dell'adipe intra-addominale, e la rilasciatezza del connettivo, si avrebbe la prevalenza della pressione interna e quindi la ptosi. Il rene mobile è il più frequente caso di ptosi addominale. La cura migliore è la profilattica, cioè prescrivere una fasciatura elastica addominale durante la gravidanza o gli stadii di dimagramento. (*Medicinische Gesellschaft zu Leipzig*. 27 giugno 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* redatta da E. Rose e H. Helferich, Bd. 52, n. 5 e 6, 1899.

1. H. Ito. **Contributi sperimentali all'etiologia ed alla terapia dell'epilessia.** — Vedi pag. 793.

2. Enderlen. **Ricerche istologiche nell'osteomielite prodotta sperimentalmente.** — Le cellule nel punto d'inoculazione degenerano in conseguenza dell'attacco e dell'azione degli stafilococchi. Per la spiegazione della massa cellulare nel focolaio bisogna ammettere un'immigrazione delle cellule midollari circostanti. Un'emigrazione di leucociti dai vasi non si constata con sicurezza Alla formazione della membrana ascessuale partecipano le piccole e grandi cellule midollari abbondantemente, le cellure eosinofile in quantità discreta, le grandi cellule midollari per poco, ed i giovani derivati del connettivo (dalla parete vasale e dal tessuto di sostegno). Nel mantello cellulare possono essere incluse cellule giganti. Le cellule di granulazione possiedono caratteri fagocitari. Non ha luogo la trasformazione delle cellule eosinofile in cellule connettivali. Istologicamente la suppurazione nel midollo osseo si differenzia in alcuni punti da quelle del cellulare sottocutaneo.

Da quel che riguarda la sorte dei cocchi inoculati, ha luogo un' aumento di essi, ed in conseguenza un danneggiamento protratto del tessuto enficiato; la suppurazione non resta locale come gli stimoli chimici, non dimostra tendenza ad una diffusione ampia. Quale reazione da parte del tessuto enficiato s' osservano degenerazione, fagocitosi o processi rigenerativi.

3. E. Pagenstecher. **Il trattamento chirurgico dell'ulcera duodenale.**—V. pag. 798.

4. M. Zondeh. **Contributo alla dottrina delle ernie vescicali.**—Riferisce due casi di ernia vescicale da lui osservati ed operati con successo, e coglie occasione da essi diffondersi sulla dottrina delle ernie vescicali in generale.

5. Könitzer. **Sull' allontanamento totale della cintura ossea omo-clavicolare.** — Berger ritiene l' allontanamento totale della cintura ossea omo - clavicolare come la sola operazione radicale, la quale dà risultati più favorevoli in rapporto alla mortalità, recidiva e guarigioni, di qualsiasi operazione consecutiva che si rende necessaria, dopo la disarticolazione iniziale dell'omero, per recidiva nel moncone d'operazione.

Anche Nasser raccomanda per la maggior parte dell'affezioni sarcomatose del braccio l' allontanamento della cintura ossea omo-clavicolare. Solo in un numero relativamente scarso di casi quest'operazione s' è praticata per affezioni tubercolari od osteomielitiche del braccio con esito favorevole per lo più. Könitger riferisce 5 casi operati nell' ospedale Betania di Stettino ; l' allontanamento della cintura ossea omo-clavicolare venne praticata 4 volte per sarcoma ed una volta per tubercolosi estesa. Dei 4 sarcomi , tre guarirono , uno morì breve tempo dopo l' operazione. Ritenendo con Berger per guariti definitivamente quei casi che non mostrarono recidiva nel periodo di tempo di un anno e mezzo dall' operazione , il 1° caso riferito dall'autore deve considerarsi come guarito; in esso erano già scorsi 20 mesi dall'operazione e nè nella cicatrice, nè negli organi potè constatare recidiva. Gli altri 2 morirono da quattro ad otto mesi dopo l'operazione con metastasi negli organi interni.

6. A. Frech. **Su di un caso di tumore centrale, epiteliale, solido del mascellare superiore.**—Descrive un tumore del mascellare superiore, il quale constava di connettivo e di epitelio ed era ricoverto di mucosa. In conchiusione si trattava di un tumore centrale, solido del mascellare, d'un epitelioma di quella specie di struttura già descritta in modo particolareggiato da Kruse. Bennecke e da altri, un tumore perciò, la cui origine deve ricercarsi, secondo il giudizio concorde di tutti gl'investigatori, in quei residui epiteliali constatati per il primo da Malassez.

FORMULARIO

Dupont.—**Pozione contro la tenia**

Semi di zucche mondati	gr. 20 a 45
Zucchero bianco.	» 25
Latte.	» 60

Si riducano i semi in pasta con lo zucchero; si aggiunga il latte a poco a poco triturando ; si passi allo staccio e si sprema: 240 grammi di semi intieri forniscono circa 50 grammi di semi mondati. Questa pozione si somministra a digiuno, due ore dopo si dà l'olio di ricino.

Collutorii contro le afte

Borato di sodio	gr. 3
Salicilato di sodio	» 2
Sciroppo di 5 radici	» 2

Mischia.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste pubbonica

Oporto, 10. — Ieri un caso di peste.

Oporto, 11. — Ieri non vi fu alcun caso di peste.

Costantinopoli, 11.—Fra gli sbarcati ieri a Beyrut, da un vapore francese, proveniente dall'Egitto, vi fu un giovane greco, malato con sintomi di peste.

Furono prese tosto rigorosissime misure di precauzione.

Costantinopoli, 11. — È morto il giovane greco sbarcato ieri a Beyrut, colpito da peste.

Sono state prese severissime misure di precauzione.

Congresso Nazionale d' Igiene in Como dal 25 al 30 settembre 1899

Di questo Congresso sono Presidenti Onorarii i professori Guido Baccelli e Giulio Bizzozero.

Del comitato d'onore fanno parte :

L. Armanni (Napoli) — Ing. B. Bentivegna (Roma) — G. Bordoni Uffredduzzi (Milano) — P. Canalis (Genova) — E. Di Mattei (Catania) — A. Di Vestea (Pisa) — Ing. F. Fichera (Catania) — P. Foà (Torino) — L. Gabba (Milano) — F. Gatti (Milano) — Ing. G. Giachi (Milano) — G. B. Grassi (Roma — N. Lanzilotti Buonsanti (Milano) — A. Maggiora (Modena) — L. Pagliani (Torino) — M. Panizza (Roma) — E. Perroncito (Torino) — R. Ramello (Torino) — G. Rattone (Parma) — R. Santoliquido (Roma) — A. Sclavo (Siena) — G. Sormani (Pavia) — Ing. D. Spataro (Roma) — G. Tizzoni (Bologna).

L'apertura del Congresso Nazionale d'Igiene avrà luogo nella grande Aula del Broletto (Piazza del Duomo) alle ore 10 del 25 corrente con un discorso del professore senatore Giulio Bizzozero sul tema : L'igiene pubblica in Italia.

Il Congresso proseguirà poi i suoi lavori, secondo l'ordine che verrà stabilito dal Comitato d'onore, fino al 30 di settembre.

Già fin d'ora pervennero alla presidenza le seguenti comunicazioni: Le condizioni del lavoro al traforo del Sempione dal punto di vista igienico sanitario (L. Pagliani). Le condizioni di temperatura e limpidezza delle acque dei laghi naturali ed artificiali in rapporto colla loro potabilità (L. Pagliani). I sanatori popolari dei tubercolosi (F. Gatti). Sulla disinfezione degli ambienti (D. Ottolenghi). La formaldeide nella disinfenzione degli ambienti (F. Abba). Sulla posizione degli Ufficiali Sanitari (R. Santoliquido). Dell'igiene scolastica in generale e dei medici nelle scuole in particolare (P. Foà). Criteri per l'impianto e per l'esercizio dei locali d'isolamento previsti dall'art. 112 del Regolamento 2 ottobre 1889 (A. Di Vestea). Il Galateo in rapporto coll'igiene (G. Rattone). Sieroprofilassi (G. Marenghi). Le condizioni fisiche delle acque dei laghi naturali e artificiali in rapporto alla loro potabilità (L. Pagliani). Della pellagra (A. Sclavo). Difesa regionale contro le malattie prevenibili (G. Sormanni). L'illuminazione elettrica nei rapporti dell'igiene (B. Silva). I recenti studi della malaria (G. B. Grassi). Scuole primarie per i ragazzi affetti di tracoma congiuntivale (C. Gallenga). Tentativi per sostituire alle bonifiche la profilassi individuale della malaria (F. Fichera). Potere inquinante e potere infettivo delle acque cloacali nella fognatura unica e nella separata (F. Fichera). Sulla necessità della istituzione di Consorzi Circondariali per la creazione di Laboratori di vigilanza igienica (Bossi). L'esame ginecologico delle gestanti e delle puerpere nei suoi rapporti coll'igiene della donna (Bossi), Il Tabacco (Massalongo). La profilassi delle malattie infettive negli ambulatori pubblici con speciale riguardo alla otorinolaringoiatria (Della Vedova). La gravida nel lavoro specie in rapporto alla puericoltura (A. Luzzani). Il certificato medico nei rapporti della profilassi della sifilide da allattamento (P. Ramazzotti). Scuole primarie per i ragazzi affetti da tigna — quali altre misure profilattiche converrebbe adottare per combattere il continuo diffondersi di tale malattia (A. Bertarelli). Vaccinazioni doppie e contemporanee di carbonchio ematico e sintomatico nello stesso animale (Di Mattei). Sopra alcuni reperti iperacuti di morva (Di Mattei). Intorno alla vecchia quistione dei valori limiti dei componenti chimici di un'acqua in rapporto alla sua potabilità (Di Mattei). Il lato sociologico della questione della tubercolosi (Bonardi). Profilassi e cura della tigna (G. Fermini). Sulle ostriche come veicolo del germe tifoideo (Bordoni-Uffredduzzi e Zenoni). Sulle vaccinazioni preventive nella peste bubbonica (G. Galeotti). Sul pericolo della preparazione del pane con acqua inquinata (C. Mazza). La metodica distruzione degli animali che ordinariamente servono per indagini bacteriologiche nei laboratori di medicina sperimentale (L. Simonetta). Ricerche comparative sui metodi Flügge, Trillat e Schlossmann per la disinfezione degli ambienti con la formaldeide (C. Zenoni e C. Coggi). Sulla tecnica dell'analisi batteriologica dell'acqua (F. Abba). Sulla resistenza del bacillo tubercolare negli sputi sui pavimenti (F. Abba). Sugli insetticidi dal punto di vista della profilassi delle malattie infettive (E. Perroncito). Il tifo nella provincia di Torino in rapporto colla condizione dell'acqua usata (S. Balp). Il vaccino e i sieri contro la peste (C. Terni). Condizioni sanitarie di Messina nel decennio 1888-97 (C. Terni). Condizioni sanitarie del Porto di Messina (Bandi). Produzione dell'acido ossalico nelle fermentazioni batteriche (Stagnitta).

Oltre le comunicazioni indicate altre fin d'ora altre ne sono promesse.

Le società ferroviarie italiane hanno concesso pei congressisti, muniti di regolare carta di riconoscimento (che verrà loro tosto spedita dalla presidenza dietro richiesta), le consuete facilitazioni di viaggio a tariffa ridotta nel periodo di tempo che decorre dal 17 settembre al 17 ottobre,

In seguito agli accordi passati col Comitato Esecutivo dell'esposizione e colle Autorità Locali, i congressisti, muniti di tessera, avranno speciali facilitazioni.

La tassa di iscrizione al congresso è di L. 10 e dà diritto al volume degli atti. Essa si riceve dal segretario generale Dott. Cosimo Binda (Como).

Per il Comitato Esecutivo: Il Presidente: Prof. Camillo Golgi.

Congresso internazionale di elettrobiologia ed elettroterapia in Como

1-5 Ottobre 1899

Anche di questo congresso sono Presidenti Onorari Guido Baccelli e Giulio Bizzozero.

Del Comitato d'Onore fanno parte: G. Albini (Napoli). A Battelli (Pisa). L. Bianchi (Napoli). E. Bottini (Pavia) C. Bozzolo (Torino) G. B. Cadenazzi (Como). M. Cantone (Pavia). D. D'Arman (Venezia). C. Forlanini (Pavia). P. Grocco (Firenze G. Lombroso (Livorno). C. Mondino (Palermo). E. Morselli (Genova). A. Murri (Bologna). C. Negro (Torino). E. Sciamanna (Roma). B Silva (Torino.) A Tamburini (Modena).

L'apertura del Congresso avrà luogo nella Grande Aula del Broletto (Piazza del Duomo) il 1°. p. f. ottobre alle ore 10 con un discorso del professore Casimiro Mondino dell'Università di Palermo, sul tema: I progressi nelle applicazioni dell'elettricità in medicina.

Il Congresso, secondo l'ordine che verrà stabilito dalla sua Presidenza, proseguirà i suoi lavori fino al 5 ottobre.

Giá fin d'ora pervennero le seguenti comunicazioni: Intorno allo causa o sorgente delle correnti elettriche dei nervi (Albini). Il potere elettromotore

dei nervi e dei muscoli, staccati dal corpo e posti in rapporto col galvanometro, non potrebbe spiegarsi come manifestazione (almeno in parte) delle alterazioni chimiche del nervo e del muscolo morente? (Albini). Terapia vibratoria e tremoloterapia (Boschetti). Una nuova forma di elettroterapia (corrente voltaica monodica) (Colombo). Effetti terapeutici del massaggio elettrico (Colombo). Reazione elettrica degenerativa neuro-muscolare (Negro). Termoforo elettrico per uso medico con presentazione di macchine (Salaghi). Fatti nuovi osservati con rocchetto di cm. 104 di scintilla, usati come sorgente di raggi di Röntgen (Colombo). L'elettricità e le malattie dell' utero (La Torre). La fisiologia dell'ovaia e l'elettricità (La Torre). Sulla benefica limitazione apportata dalla galvano-caustica negli interventi cruenti delle prime vie del respiro (Ambrosini). Una pratica innovazione nell'apparato d' illuminazione dei seni facciali (Ambrosini). L'elettricità usata per interventi cruenti in otorinolaringoiatria (Cagnola). Sulle modificazioni del polso cerebrale dell'uomo durante l'applicazione della corrente galvanica e faradica al capo e al collo (Sgobbo). Influenza dell'elettricità sulla forza muscolare (Capriati). Sulla cura della corea per mezzo dell'elettricità (Capriati). L'elettroterapia nella pratica infantile (D. Luisada). Due casi di psicosi da parestesie della dura madre guariti mediante il trattamento polare galvanico (G. Mirto). Un caso di meralgia parestesica guarita colle applicazioni polari galvaniche (G. Mirto). Ricerche termoelettriche sul cervello di un epilettico (G. Mirto). L'elettricità in medicina all'epoca presente (Luraschi). Proposta di costituire una Società Italiana fra i cultori della elettricità applicata alle scienze mediche (Colombo). Sull'opportunità di dare all'elettroterapia un posto speciale sia nell'insegnamento universitario che nella pratica ospitaliera. (D'Arman). L'elettricità deve essere solo prescritta oppure deve essere anche applicata dal medico? (D'Arman). Se non debba chiedersi un certificato di studi speciali per chi desidera praticare cure elettriche. (Landi). Sul modo più pratico di misurare le correnti indotte nelle applicazioni elettro-diagnostiche ed elettroterapiche. (D' Arman). Sulla morte per effetto dell'elettricità e specialmente per effetto delle correnti industriali ad alta tensione. (A. Battelli). Le applicazioni delle correnti ad alta frequenza (Corrado). Delle correnti alternate ad alta frequenza e delle loro applicazioni terapeutiche (Morselli). L'influenza delle correnti alternate ad alta frequenza sul ricambio (Negro). Le correnti trasformate (Luraschi) L'azione della elettricità (statica, faradica, galvanica) sugli elementi nervosi (Negro). Uffici della cosidetta « *suggestione* » nelle cure elettriche, associazione della psico-e della elettroterapia (Morselli). Sull'introduzione di sostanze nell' organismo, mediante la corrente elettrica (Battelli). L' elettrolisi nella chimica dei veleni (R. Fasano). Modalità di elettricità costante attraverso il bagno (R. Fasano). Modalità di applicazione e risultati pratici della elettroterapia nelle paralisi di origine centrale (Rubino). Migliori e meno costosi apparati da consigliare per cura delle malattie interne (Silva). La galvanocaustica in chirurgia (Silva), Iluminazione elettrica delle cavità interne a scopo diagnostico (Silva). La illuminazione elettrica nei rapporti dell'igiene (Silva) Raggi di Röntgen in medicina e chirurgia (Silva-Negro-Corrado). L'elettricità in ostetricia e ginecologia (Guzzoni). L'elettrolisi nelle malattie uterine (Fasano). Contribuzioni alla elettroterapia in oftalmoiatria (Falchi-Angelucci). L'elettricità nella otorinolaringoiatria (Grazzi e Nicolai). Contribuzioni all'azione sedativa profonda delle correnti Arsonvaliche o correnti ad altissima frequenza (R. Vizioli). Contribuzione all'azione eccitatrice delle secrezioni in generale; della Franklinizzazione e della secrezione lattea in ispecie (R. Vizioli).

Oltre le comunicazioni indicate, altre fin d'ora sono promesse.

Le società ferroviarie italiane hanno concesso pei congressisti muniti di regolare carta di riconoscimento (che verrà loro tosto spedita dalla presidenza dietro richiesta), le consuete facilitazioni di viaggio a tariffa ridotta nel periodo di tempo che decorre dal 17 settembre al 17 ottobre.

In seguito agli accordi passati col Comitato Esecutivo dell'Esposizione e colle Autorità locali, i congressisti, muniti di tessera, avranno speciali facilitazioni.

La tassa d'iscrizione al congresso è di L. 10 e dà diritto al volume degli atti. Essa si riceve dal segretario generale Dott. Cosimo Binda (Como).

Per il Comitato Esecutivo: Il Presidente: Prof. Camillo Golgi.

GAZZETTINO

VIENNA. *Notizie universitarie.* — Nell'ultimo semestre estivo erano iscritti all'Università di Vienna alla Facoltà di medicina, 5770 uditori, di cui 5104 erano uditori ordinarii. 151 straordinarii, 343 frequentatori semplici e tre uditrici. Dell' Austria meridionale vi erano 336 uditori ordinarii, 28 straordinarii e 40 frequentatori, dall' Austria settentrionale complessivamente vi erano iscritti 28 studenti, 11 da Salzburg, 28 da Steiemark, 11 da Kärute, 17 da Krain, 22 da Trieste, 9 da Görz e Gradisca, 15 dall'Istria, 19 dal Tirolo, 116 dalla Boemia, 57 dalla Slesia, 96 dalla Galizia, 25 dalla Bukowina, 37 dalla Dalmazia, 97 dall'Ungheria, 27 dalla Croazia, 13 dalla Slavonia, e 6 dalla Bosnia e dalla Erzegovina. Inoltre vi erano iscritti 27 studenti tedeschi, 2 svizzeri, 2 francesi, 7 spagnuoli, 5 belgi, 6 italiani, 15 olandesi (fra cui una donna), 14 inglesi, 149 russi (fra cui due donne), 59 serbi, 25 bulgari, 37 rumeni, 13 greci, 6 turchi, 3 egiziani, 5 asiatici o 67 americani.

Per il prossimo semestre invernale si daranno per la Facoltà medica le seguenti lezioni: Storia della medicina (per cui vi saranno 1 professore e due do-

centi), anatomia (3 professori), fisiologia ed istologia (5 professori e 4 docenti), patologia generale e anatomia patologica (5 professori, 2 docenti e 3 assistenti), farmacologia (1 professore e 2 docenti), medicina interna (13 professori, 27 docenti e 10 assistenti), chirurgia (8 professori, 11 docenti e 4 assistenti), otologia (2 professori e 4 docenti), oculistica (4 professori, 8 docenti e 5 assistenti), ginecologia e pediatria (10 professori, 9 docenti e 6 assistenti), dermatologia e sifilografia (7 professori e 6 docenti), psichiatria (3 professori e 1 docente), igiene (4 professori e 3 assistenti), chimica medica (2 professori e 1 docente.

Nella Facoltà medica di Insbruck nel prossimo semestre invernale si daranno da 17 professori e da un docente, 49 lezioni teorico-pratiche.

VIENNA. *Congresso mobile dei medici e naturalisti ungheresi.*—Il 30° Congresso mobile dei medici e naturalisti ungheresi si aprì il 29 agosto di quest'anno a Szabadka.

Quest'anno per la prima volta è stata conferita ad unanimità la medaglia d'oro Kovacs, al dott. Cornelio Chyzer, consigliere ministeriale. La conferenza di apertura del congresso fu fatta dal prof. Genersich. Egli parlò degli effetti dell'alcoolismo. Fra le varie conferenze ricordiamo quella del dott. Iutassy: Sull'azione terapeutica dei raggi di Röntgen nel lupus, quella del dott. Makura: Sulla importanza dell'anestesia.

Il dott. Iulius Gross riferì su 149 casi di scarlattina, il dott. Salgo sulla influenza patologica dell'alcoolismo nella epilessia, il dott. Kayzer, sulla tisi dei minatori, il dott. Pecsi sul latte sterilizzato, il dott. Olach sulla fondazione dei manicomii. Infine fecero delle belle comunicazioni il dott. Levay e il dott. Winternitz.

VIENNA. *Concorso a premio.*—Il Congresso Berlinese per la tubercolosi ha stabilito un premio di 4000 marchi alla migliore monografia popolare sulla tubercolosi come malattia popolare e mezzo atti a combatterla.

VIENNA. *Per le ricerche sulla malaria.* — Il professore dott. Roberto Koch, che già fu a Roma e a Napoli per le ricerche da fare sulla malaria ed altre malattie tropicali, si è imbarcato il 26 agosto a bordo del « Sachsen » insieme al suo assistente dott. Ollwig, per andare in Batavia e a Singapore. In questo viaggio il prof. Koch è accompagnato anche dalla sua signora.

VIENNA. *Statistica infantile.*—Dal 30 luglio al 5 agosto 1899, son nati vi venti 870 bambini, di cui 594 legittimi e 276 illegittimi. Il numero dei nati morti è stato di 64 (47 legittimi e 17 illegittimi). Il numero totale dei morti è stato di 611 (cioè 19,6, su mille abitanti); fra cui 92 per tubercolosi, 8 vaiuolo, 4 scarlattina, difterite e croup, 3, pertosse 2, febbre puerperale 1, neoformazioni 32.

Malattie infettive denunziate: varicella 11 (— 7), morbillo 179 (+ 36), scarlattina 32 (— 7), tifo addominale 12 (+ 4), erisipela 30 (+ 10), crup e difterite 32 (+11), pertosse 30 (—2), febbre puerperale 3 (—2), tracoma 2 (+ 1), influenza 1 (+ 1).

VIENNA, *Negli Ospedali.* — Negli Ospedali civili di Vienna dal 20 al 26 agosto 1899 furono curati 5558 individui, di cui furono licenziati 1192, morirono 140 e rimasero in cura 4226. La mortalità può essere calcolata al 10,5 0[0. Nello stesso periodo di tempo furono denunziati nella pratica civile i seguenti casi di malattie infettive, difterite 44, tracoma 1, colera 0, tifo petecchiale 0, tifo addominale 2, dissenteria 3, vaiuolo 0, varicella 7, scarlattina 24, morbillo 69, tosse convulsiva 23, erisipela 37, febbre puerperale 4, rosalia 0, parotite epidemica 0, meningite cerebro-spinale 0.

VIENNA. *Condizioni sanitarie della milizia di terra e di mare nel mese di giugno 1899.*—Alla fine di maggio il numero dei soldati ricoverati nell'ospedale fu di 7290. Nel mese successivo su 15248 uomini si ebbero il 51 0[00 di casi di insolazione, ed il numero degli ammalati ricoverati negli ospedali ascendeva a 7111 di cui il 24 0[00 era stato colpito da insoluzione. La mortalità è stata del 4,37 0[00 di cui 0, 23 per insolazione, Alla fine del mese sono rimasti infermi negli ospedali 6889 uomini.

VIENNA. *L'onorario medico e i regali in cambio del medesimo.* — La Camera medica di Brünn ha emesso un voto di biasimo contro un collega della città il quale dopo di aver curato una persona si era accontentato di un dono in cambio dell'onorario, affermando che ciò non è nè regolare, nè dignitoso.

VIENNA. *Medici elettori.* — Il governo ha spedito alla Camera dei medici viennesi una nota riguardante le elezioni. Nella detta nota viene comunicato che vengono esclusi dal diritto di elezione oltre che quei medici contemplati dai paragrafi 4 e 5, anche i medici esercenti in Vienna che non hanno la cittadinanza austriaca.

CONCORSI E CONDOTTE

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud; Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un' annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della sanità presso il Ministero dell'interno, dottor Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

***Redattore responsabile Dott.* Luigi Ferrannini**

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Lo sviluppo dei parassiti della malaria

Roberto Koch

Le ricerche sulla etiologia della malaria hanno condotto a tre importanti scoperte: quella dei parassiti della malaria fatta dal Laveran; quella dello sviluppo successivo degli stessi parassiti nell'organismo umano fatta dal Golgi; e la scoperta dello sviluppo dei medesimi al di fuori del corpo umano, in un ospite intermedio, le zanzare, scoperta fatta dal Ross.

A ciascuna di queste scoperte principali se ne riconnettono altre complementari, per se stesse pregevoli, ma di importanza secondaria di fronte alle prime che costituiscono i cardini della etiologia della malaria.

In principio si riguardavano i parassiti della malaria come esseri di un'organizzazione molto semplice. Si credevano costituiti semplicemente di un poco di protoplasma e furono detti plasmodi; anzi si ritenne che fossero analoghi alle amebe, ed alcuni osservatori ne erano così persuasi, da essere indotti a ricercare e naturalmente a trovare amebe sospette nell'acqua e nei terreni malarici (Grassi e Feletti).

Ma dopochè il Golgi dimostrò che i parassiti della malaria compiono nel sangue un ciclo evolutivo determinato, consistente essenzialmente in un caratteristico processo di scissione, mutarono le idee e cominciarono a considerarsi i detti parassiti come esseri occupanti un posto più elevato nelle serie animale. Il Metchnikoff disse allora che essi fossero affini ai coccidî e giustamente, come ha dimostrato la recente scoperta del doppio modo di sviluppo dei coccidi fatta da R. Pfeiffer e del processo di riproduzione dei medesimi, fatta dal Simond, poichè processi analoghi hanno potuto dimostrarsi nei parassiti malarici.

Malgrado però che i parassiti malarici abbiano delle analogie coi coccidi, pure per parecchi caratteri, siamo costretti, per ora almeno, a classificarli nel gruppo dei protozoi. In principio del loro sviluppo essi sono parassiti che vivono nell'interno od alla superficie dei corpuscoli rossi e si nutrono dei componenti dei globuli rossi del sangue, come dimostra la deposizione di pigmento nel loro plasma. I coccidi sono invece parassiti delle cellule epiteliali e non hanno pigmenti. I parassiti della malaria si moltiplicano, nel loro sviluppo endogeno, per semplice scissione, senza formazione di membrana avvolgente. Il numero dei germi giovani, che non sono falciformi, ma oviformi o sferici, è molto limitato. I coccidi invece hanno una capsula membranacea ed il prodotto della scissione è costituito da numerosi germi falciformi. Specialmente caratteristico dei parassiti malarici è lo stadio iniziale dello sviluppo esogeno. I parassiti fuoriescono dai corpuscoli rossi ed assumono forma sferica. Allora si possono distinguere, con l'aiuto del metodo di colorazione del Romanowski, due forme diverse: l'una ha un corpo cromatico grande e compatto, mentre il plasma è debolmente colorato; l'altra possiede un plasma fortemente colorato e poca cromatina. Nella prima forma la cromatina fuoriesce dal corpo del parassita sotto l'aspetto di filamenti, i quali sono scarsi e rappresentano gli spermatozoi che servono al fecondamento dei parassiti poveri di cromatina. Dopo la fecondazione questi ultimi si cambiano in forme che hànno l'aspetto di vermiciattoli.

Anche gli ulteriori stadî di sviluppo dei parassiti malarici si compiono in modo diverso che nei parassiti ad essi affini, ma i caratteri cennati sono più che sufficienti a segnare un limite netto fra gli uni e gli altri.

Fra i vari parassiti malarici dotati dei caratteri sopra esposti, sono per ora da annoverarsi le seguenti specie: 1° il parassita della febbre quartana; 2° il parassita della terzana (illustrati sufficientemente dal Golgi); 3° il parassita della febbre tropicale (parassita della febbre estivo-autunnale). Per quest'ultimo parassita il Marchiafava ed i suoi scolari hanno provato che esso costituisce una specie a sè ed ha un ciclo evolutivo endogeno analogo a quello dei parassiti della quartana e della terzana. Tutte le altre specie di parassiti malarici che si osservano nell'uomo e sono stati descritti con i nomi di *haemamoeba praecox*, *haemamoeba immaculata*, parassiti della febbre irregolare ecc., non sono sufficientemente caratterizzati. Essi appartengono, ed oggi si può dire con certezza, al 3° gruppo. 4° Il parassita malariforme delle scimmie, scoperto dal Koch nelle scimmie africane e che è generalmente affine a quello della febbre terzana. Una più esatta descrizione ne è stata data dal Kossel. 5° Il proteosoma Grassii (Labbè), scoperto dal Grassi nel sangue degli uccelli e distinto dal Labbè come una specie particolare. 6° L'*Halteridium Danilewsky* (Labbè), anch'esso un parassita vivente nel sangue degli uccelli; i suoi diversi stadî di sviluppo fu-

rono descritti dal Danilewsky come specie diverse, ma riuniti dal Labbè in un'unica specie.

Lo sviluppo dei microorganismi appartenenti al gruppo dei veri parassiti della malaria non presenta notevoli differenze nelle varie specie; dimodochè le osservazioni fatte in una o poche specie valgono per le altre. Così il Koch ha ultimamente studiato in modo particolare lo sviluppo dell'*halteridium* e del proteosoma.

L'*halteridium* si riscontra in molte specie di uccelli, sopratutto nei piccioni sia domestici che selvatici. Nelle regioni tropicali e sub tropicali pochi piccioni esistono non infetti dall'*halteridium*. In Italia ciò non si verifica regolarmente. I piccioni dei dintorni di Roma hanno quasi tutti nel sangue il detto parassita, ma i piccioni di Roma ne sono privi. Nella Germania settentrionale, dove l'*halteridium* si incontra in diversi uccelli, manca assolutamente nei piccioni. Lo stesso può dirsi per i passeri.

É degno di nota in secondo luogo che l'*halteridium* non è trasmissibile da un animale all'altro. Fra 83 esperimenti fatti dal Mattei per trasmettere il parassita da piccione a piccione, nessuno riuscì. Anche risultato negativo ottenne il Koch.

La forma in cui ordinariamente si riscontra l'*halteridium* nel sangue è la forma adulta, le forme giovani sono quasi sempre in minor numero; di forme di scissione non se ne incontrano mai, nè si osserva mai il caratteristico accumularsi del pigmento come nelle altre specie di parassiti malarici in via di scissione. Dimodochè lo sviluppo endogeno dell'*halteridium* rimane per ora ignoto; invece questo parassita si presta bene per lo studio dei primi stadî dello sviluppo esogeno, perchè questo può essere seguito sotto il microscopio. La tecnica opportuna all'uopo è la seguente: si prepara un miscuglio di siero di sangue di uccello, ad es. piccione, e di soluzione 0,6 0[0 di cloruro di sodio, nel rapporto di 1:9. Una goccia di questo miscuglio si distende su di un coprioggetti e vi si aggiunge una piccola quantità di sangue contenente l'*halteridium* (tanto quanto può rimanere attaccato alla punta di un ago di platino). L'ulteriore sviluppo del parassita può poi essere seguito nei portoggetti cavi, ovvero una serie di preparati viene tenuta nella camera umida ed esaminati successivamente a fresco o dopo essere stati disseccati e colorati. Non è necessario che i preparati sieno tenuti alla stufa. Già dopo pochi minuti si osserva che la figura del parassita da allungata si fa sferica; il corpuscolo rosso si presenta ancora immutato, ma ben tosto la sua massa emoglobinica si diffonde nel liquido circostante e scompare sotto l'occhio stesso dell'osservatore. Il parassita rimane allora libero accanto al nucleo del globulo rosso. Dopo pochi minuti compaiono ai margini del parassita 4-8 filamenti vivamente mobili. Il parassita somiglia allora ad un infusorio flagellato. Malgrado però il vivace muoversi dei filamenti il parassita resta immobile, il che vuol dire che essi non sono flagelli destinati alla locomozione. Inoltre si vede che i filamenti ben presto si distaccano e diventando liberi continuano a muoversi, e che essi sono formati soltanto da una parte del parassita, mentre il resto rimane immutato. Ciò fa supporre che non si tratta del passaggio del parassita dallo stato di riposo ad una forma mobile, ma di un processo di copula. E così è infatti. Trattando i parassiti col processo di colorazione di Romanowsky prima e dopo il passaggio nella forma sferica, al principio della formazione dei filamenti, si possono distinguere due forme: l'una ha un grosso e compatto corpo cromatico ed un plasma che si colora debolmente in bleu, l'altra ha un corpo cromatico piccolo e lasco ed invece un plasma fortemente colorato in bleu. Solo nei parassiti della prima categoria compaiono i filamenti mobili; in essi infatti si osserva che il filamento prende origine immediatamente dalla cromatina che si raccoglie alla periferia del parassita, il filamento cioè non è preformato, ma si forma nello stesso momento in cui apparisce al di fuori del parassita. L'ufficio dei filamenti divenuti liberi si può facilmente dimostrare: essi, appena incontrano un parassita della seconda categoria, si introducono nel loro interno.

Questi processi si svolgono in 10-20 minuti. Dopo 30-45 minuti dall'inizio dell'osservazione nei parassiti della 2ª categoria, in cui si è introdotto il filamento, si comincia a notare una modificazione. In un punto della periferia di questi parassiti sferici comparisce una prominenza, che diviene sempre più evidente, fino a diventare vermiforme e quasi sempre incurvata a corno. In questo stadio il parassita somiglia a parecchi semi di piante germoglianti, donde fuoriesce la radice leggermente incurvata. Ulteriormente il corpo vermiforme si isola pian piano dal parassita, fino a distaccarsene completamente. Il residuo del parassita è allora costituito dal pigmento che l'*halteridium* ha accumulato nel suo plasma come resto indigeribile della sua nutrizione, e perciò rimane come una massa morta. Nei corpi vermiformi, nelle colorazioni secondo Romanowsky, si distinguono tre parti: una colorata in un bel rosso rubino, costituita da un corpo cromatico discretamente grande; il plasma colorato in bluastro, che costituisce la massima parte del parassita; macchie circolari incolori sparse irregolarmente nel plasma. Inoltre si trovano nel plasma granuli di pigmento, provenienti, dall'*halteridium*, ma in generale il pigmento manca. Più tardi si incontrano nei corpi vermiformi di nuovo granuli di pigmento, e poichè nel frattempo i corpi stessi sono divenuti più grandi, così si può supporre che essi hanno assunto emoglobina per la loro nutrizione e di qui la presenza di nuovo pigmento. Questa osservazione ha importanza, in quanto che i corpi vermiformi si trasformano poi in sfere cocci-

diformi, che di regola contengono una certa quantità di pigmento, la cui origine rimaneva oscura, quando si conosceva soltanto lo stadio privo di pigmento dei corpi vermiformi. Questi, secondo Koch, hanno movimenti propri molto limitati di estensione, incurvamento e rotazione. Non presentano ulteriori stadi di sviluppo ed infine muoiono e si disgregano in masse informi.

Avendo riguardo allo sviluppo del proteosoma è permesso supporre che le ulteriori modificazioni dell'*halteridium* hanno luogo in un ospite intermedio. Ad ogni modo lo studio dello sviluppo dell'*halteridium* dimostra che i parassiti della malaria si riproducono, oltrechè per via endogena, per scissione, anche per via esogena e per un vero processo sessuale. Dimodochè in avvenire non si parlerà più di corpi flagellati, ma si distingueranno i parassiti malarici in maschili e feminili; dai primi provengono gli spermatozoi destinati a fecondare gli elementi femminili. Oltre il Koch, altri osservatori sono venuti ad analoghi risultati, fra cui il Sakharoff. Il Simond fu il primo a riguardare come spermatozoi i flagelli dei coccidi. Lo stadio vermiforme dell'*halteridium* fu visto la prima volta dal Danilewsky.

Il proteosoma si può facilmente distinguere dall'*halteridium*: mentre questo non è capace di spostare il nucleo del globulo rosso, l'altro, sviluppandosi, lo sposta in modo che il nucleo viene spinto ad uno dei poli del globulo e ruotato intorno al suo asse, così da porsi trasversalmente. Si ha così una forma caratteristica esclusiva del corpuscolo rosso infettato di proteosoma. In altri corpuscoli rossi del pari infetti è scomparso il nucleo, non perchè sia stato distrutto, ma perchè è completamente occultato.

Il proteosoma si riscontra nelle regioni del mezzogiorno. Non esiste in Germania. Anche nei dintorni di Roma non sono molti gli uccelli infetti di proteosoma. Il parassita può trasmettersi da un uccello all'altro mercè l'inoculazione di sangue infetto. Lo stadio di incubazione è al più di 4 giorni; l'acme della malattia corrisponde per lo più al 14° giorno; dopo 3-4 settimane gli uccelli sono guariti. I canarini sono molto suscettibili, poi anche i passeri. I piccioni ed altri uccelli sono refrattari.

Esaminando il sangue di un uccello infetto di proteosoma, nell'acme della malattia, si trova il parassita in tutti gli stadi di sviluppo endogeno, dalle forme più piccole, costituite da un corpuscolo plasmatico circolare od ovale, che sta vicino al nucleo del globulo rosso, fino al parassita completamente sviluppato che ha spinto di lato il nucleo.

Nelle forme più giovani non si trova ancora pigmento ed esse non hanno nulla di caratteristico. Però adoperando la colorazione di Romanowsky, anche queste piccole forme si vedono costituite di un nucleo cromatico relativamente grosso, riconoscibile dal colorito rosso-rubino ed attorniato dal plasma. Quanto più grande è divenuto il parassita, tanto più esso si fa ricco di pigmento finamente granuloso. Il parassita adulto è di forma rotonda ed ha la grandezza e l'aspetto del parassita della terzana e della quartana nell'uomo. Frequentemente si incontrano anche parassiti in scissione. Lo sviluppo esogeno nel proteosoma non si può così facilmente seguire come nell'*halteridium*, e nei preparati non si vedono mai corpi vermiformi. Qui nasce il sospetto che l'ulteriore sviluppo abbia luogo in un ospite intermedio (zanzare). Ed infatti le osservazioni fatte in una specie di zanzare, il *culex nemorosus* che morde gli uccelli ed alberga nel suo interno il parassita, hanno dimostrato che nell'organismo di queste zanzare il proteosoma compie tutti gli stadi di sviluppo: si osservano cioè i corpi vermiformi, che si originano così come quelli dell'*halteridium*. Ben presto essi scompariscono ed in loro vece si vedono corpi sferici contenenti pigmento, il contenuto dei quali si trasforma tosto in germi falciformi, che poi diventano liberi e si deposita nella ghiandola del veleno od in altri organi della zanzara e costituiscono il virus con cui le zanzare pungendo infettano un altro organismo.

Riguardo ai tre parassiti della malaria umana, è bene conosciuto lo sviluppo endogeno, specie dopo i lavori degli autori italiani e di R. Koch: ma lo sviluppo esogeno non è ancora chiaro. I cosiddetti flagelli debbono certamente essere ritenuti come spermatozoi, ma non si conosce lo stadio dei corpi vermiformi.

BIBLIOGRAFIA

Grassi e Feletti. *Centralblat f. Bakt.*, 1891. Metchnikoff. *ibid.* 1887. — Pfeiffer. *Beiträge zur Protozoon.* Farsch., 1892. — Simond. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897.—Kolle. *Zeitschr. f. Hyg. u. Jnfectionskrankh.* Bd XXVII.— Dionisi. *Atti della R. Acc. dei Lincei*, 1898.—Laveran. *Traitè du paludisme*, 1898.—Mattei. *Rif. Med.* 1891 ed *Arch. per le sc. med* 1895.—Sakharoff. *Centralbl. f. Bakt.*, Bd XVIII ed *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.—Simond. *ibid.* 1897.— Danilewski. La parasitologie comparée du sang. 1889.—Mac Callum. *The Journ. of experim. Med.* 1898. — Ross. *Report on the Cultivasion* ecc. Calcutta, 1898.—R. Koch. *Zeitschr. f. Hyg. u. Jnfectionskrankh.* Bd 32, H 1, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Fisiologia della R. Università di Padova
diretto dal prof. A. STEFANI

IL RICAMBIO MATERIALE DELL'AZOTO E LA DIGESTIONE GASTRICA NELLE PERSONE OPERATE DI GASTRO-ENTEROSTOMIA.

Contributo alla fisio-patologia dello stomaco

***Dott. Umberto Deganello,* aiuto**

(*Continuazione e fine*)

Da quanto ho già esposto si rileva che i dati delle mie analisi riguardanti l'assimila-

zione dell'azoto nelle persone operate di gastro-enterostomia, in qualche caso (I-II) concordano coi dati di Heinsheimer e in qualche altro (III, IV e V) con quelli di Joslin e di Rosenberg, che si occuparono di simile argomento.

Infatti delle cinque donne operate e da me prese in esame, soltanto due presentarono una assimilazione dell'azoto che si può considerare come normale; la donna del caso I eliminò per le feci il 9,18 0[0 dell'azoto introdotto, la donna del caso II ne eliminò il 9,25 0[0 (1).

In tutte le altre, la perdita dell' azoto per le feci fu superiore a quella che si verifica di norma, tenendo conto specialmente del genere di alimentazione delle nostre pazienti: essa raggiunse il suo massimo (24, 65 0[0 dell'az. introdotto) nella paziente del caso V che era affetta da cancro del piloro. La migliore assimilazione si verificò, come dissi, nelle due prime pazienti: l'una delle quali era affetta da ulcera semplice dello stomaco, l' altra da perigastrite tubercolare.

Fra quei due estremi restano intermedie, sotto questo riguardo, le pazienti dei casi III e IV le quali erano affette rispettivamente da ulcera semplice del piloro e da gastrite cronica, e la cui perdita in azoto. per le feci, fu di 14, 13 0[0 e di 15, 04 0[0 dell'azoto introdotto.

Se confrontiamo questi dati col decorso post-operatorio della sintomatologia delle singole pazienti, troviamo che vi fu guarigione funzionale nel caso I, in cui si è riscontrato buona l'assimilazione e un guadagno di gr. 1,18 d'azoto in 3 giorni, così pure fu notata guarigione anche nel caso III, quantunque l' assimilazione dell'azoto sia stata deficiente, e si sia riscontrato nel bilancio dell'azoto una perdita di gr. 1,46 in 3 giorni (2).

Nel caso II (perigastrite tubercolare) si ottenne cessazione delle sofferenze gastriche, e qui l'azoto non assimilato fu del 9,25 0[0 con un leggero *deficit* nel ricambio dell' azoto (— gr. 0, 76 in 3 dì). Però giova notare che forse in questo caso lo stomaco non era compromesso che nella sua tunica più esterna, la sierosa, che fu trovata cosparsa di tubercoli.

Nel caso IV (gastrite cronica e gastrectasia) non si ottenne guarigione nè miglioramento: l'azoto emesso per le feci fu nella proporzione del 15, 04 0[0, e vi fu un leggero avanzo di azoto (+ gr. 0,28 in 3 dì); ma per la considerazione fatta innanzi questo avanzo è semplicemente illusorio.

Nel caso V (cancro del piloro) la storia ci indica che vi fu un miglioramento funzionale ma questo era già cessato all'epoca in cui si eseguirono le ricerche sulla paziente; infatti il ricambio dell' azoto lascia molto a desiderare sotto ogni riguardo: anzitutto il bilancio azotato era straordinariamente ridotto. poichè quella paziente introdusse, in media gr. 25,05 di sostanze albuminose al giorno, di queste il 24,65 0[0 fu eliminato per le feci e si verificò un *deficit* di gr. 1,12 di azoto in 3 giorni, inoltre fu notata la presenza di albumina nelle orine, mancanza di HCl nel contenuto gastrico, presenza manifesta di acido lattico. Per ciò che riguarda l'equilibrio del bilancio azotato, quantunque la durata di 3 giorni dell'esperimento sia piuttosto breve per argomentare a risparmii o perdite dell' organismo, troviamo che soltanto in due pazienti (caso I e IV) si è avuto un leggero avanzo: nell'una di queste l'introduzione media giornaliera di albumina fu di gr. 93,67, con un' assimilazione che si può considerare normale, (9,18 0[0 di albumina nelle feci) e un avanzo di gr. 2,46 di albumina al giorno: nell'altra paziente l'introduzione di albumina raggiunge gr. 70,5 al giorno, però l'assimilazione, in questo caso, è piuttosto scadente (15,04 0[0 di alb. nelle feci) e l'avanzo tenuissimo, cioè di gr. 0,58 di albumina al giorno. Ma per la già esposta considerazione che si deve tenere conto anche della perdita di azoto che si verifica attraverso la cute e i polmoni, questi avanzi sono puramente illusorî, e si deve invece ammettere

---

(1) È noto che non si deve considerare tutto l'azoto riscontrato nelle feci come appartenente per intero al cibo non assorbito, poichè una piccola parte di esso deriva da prodotti del ricambio e da detriti del tubo gastro-enterico. Siccome però questa ultima quantità di azoto è tenuissima, ho usato qualche volta l'espressione « azoto non assimilato » per indicare l'azoto emesso colle feci

(2) Si sa però che l'azoto non viene eliminato solamente per le orine e per le feci; ma una piccolissima parte anche attraverso la cute e i polmoni. Secondo Funke la pelle cede ogni ora gr. 0,0824 di azoto; e nell'aria espirata si trovano piccolissime quantità di ammoniaca (Regnault e Reiset), cioè circa gr. 0,0204 in 24 ore (Losen). Tenendo conto, com'è doveroso, anche di queste eliminazioni si vede che in realtà non c' è stato un vero avanzo di albumina, ma che in questo caso si raggiunse, forse a pena, l'equilibrio.

che nel caso I, si sia raggiunto tutt'alpiù l'equilibrio, e nel caso IV vi sia stato realmente un leggero *deficit*.

Nel bilancio di tutte le altre pazienti si ebbero perdite più o meno leggere che raggiunsero il loro massimo nella paziente del caso III (— gr.9,12 di Az. in tre giorni) affetta da ulcera semplice del piloro con stenosi pilorica e nella paziente del caso V, (— gr. 7 di Az. in 3 giorni) affetta da cancro del piloro. A giustificazione del *deficit* in questo ultimo caso si potrebbero invocare la già iniziata cachessia cancerigna, a cui era in preda la paziente, e le alterazioni, già accennate, della secrezione gastrica. Considerando la quantità di sostanze albuminose introdotte, troviamo che fu massima nella paziente del I caso (93 67 gr. di albumina al giorno) che, oltre di una buona funzione assimilatrice, godeva anche di ottime condizioni di salute.

Nelle pazienti del caso II, III e IV la quantità media giornaliera di albumina introdotta oscillò fra gr. 70,5 e 74, 5 quantità che, trattandosi di donne di basso peso corporeo e che si trovavano in condizioni di perfetto riposo, può considerarsi come sufficiente. E' vero che nei suddetti casi si verificò un *deficit* nel bilancio dell'albumina, ma questo molto probabilmente non è dovuto a imposta scarsezza di alimenti, poichè le pazienti erano messe in condizioni da poter mangiare finchè sentivano gli stimoli della fame; invece io credo che ciò si debba imputare o a deficienza del potere digerente dei succhi che si versano nello stomaco e nell'intestino, o a deficienza del potere assorbente dello stomaco e dell'intestino specialmente, o forse anche a un alterato potere metabolico dei diversi elementi dei tessuti, per circostanze non bene definibili. Ben s'intende che nei singoli casi ognuna di queste condizioni potrà avere agito isolatamente o associata alle altre.

Nella paziente del caso V la quantità di sostanze albuminose introdotte fu estremamente bassa (gr. 25,05 in media. al giorno) e nello stesso tempo si verificò un *deficit* di gr. 2,33 di albumina al giorno; ma qui potevano benissimo entrare in campo tutte le circostanze poco prima accennate poichè oltre alle alterate condizioni della digestione gastrica, dimostrate coll' esame del contenuto gastrico, esistevano anche i segni della cachessia cancerigna, che presuppone già un alterato metabolismo cellulare. Prendendo in considerazione i risultati ottenuti dall'esame del contenuto gastrico delle tre pazienti (Casi II, III e V) alle quali fu somministrata le colazione di prova del Ferrannini, troviamo che la motilità dello stomaco era forse alquanto inferiore, indubbiamente non superiore alla norma, poichè si riscontrò sempre una certa quantità di cibi dopo 2 $^{1}/_{2}$ - 3 ore dalla somministrazione del pasto, mentre in condizioni normali di motilità gastrica si dovrebbe trovare lo stomaco vuoto dopo 2 ore e mezzo dalla somministrazione della colazione da noi adottata.

Su questo punto mentre mi accorderei con parecchi altri autori, (Mathieu, Hayem, Mintz, Dunin, Rosenheim, Ferrier et Hartmann) discordo dai risultati ottenuti da Carle o Fantino che hanno riscontrato nei loro operati di gastro-enterostomia un accelerato svuotamento dello stomaco.

Le ricerche da me eseguite su questo campo, e che apparterrebbero a quelle del I gruppo, non mi permettono di concludere troppo circa lo stato della secrezione cloridrica: mentre in due operate (Casi II e III) riscontrai la presenza dell'HCl nel contenuto gastrico, e di peptone; nell'altra operata (Caso V) detto acido faceva completamente difetto, invece era evidente la presenza dell'acido lattico, e si mostravano scarsi i peptoni.

Volendo ora trarre qualche conclusione dalle cose già esposte senza pretendere di avere risolto ogni lato della questione, poichè a far questo saranno necessarie ancora numerose e diligenti ricerche di laboratorio, nonchè lunghe e accurate osservazioni cliniche, mi pare si possa asserire quanto segue:

I. La funzione motrice dello stomaco dopo la gastro-enterostomia, nei casi da me osservati, si dimostrò più o meno deficiente; certo essa non fu mai più energica di quello che si verifichi in condizioni normali (Caso II, III e V).

2). Dalle poche ricerche eseguite sul contenuto dello stomaco, esso parve normale, sotto il rispetto chimico, in due casi (II e III), alterato invece in uno (caso V).

3). Il ricambio azotato nelle persone operate di gastro-enterostomia si compie in modo diverso a seconda della lesione gastrica da cui è ed era affetta la persona operata non solo, ma si esplica con modalità diverse anche in persone affette dallo stesso morbo (Caso I e III).

4). L'assimilazione dell'albumina si verificò in modo normale in una persona operata per ulcera gastrica semplice (Caso I); mentre detta assimilazione fu inferiore alla norma e si accompagnò a un *deficit* nel ricambio in altra persona operata per lo stesso processo morboso (Caso III).

5). L'assimilazione dell'albumina si dimostrò inferiore alla norma anche in un caso operato per gastrite cronica (Caso IV).

6). Detta assimilazione fu di molto inferiore alla norma e si accompagnò a un *deficit* nel ricambio nel caso di una donna operata per cancro dello stomaco (Caso V).

7). Le condizioni di salute del paziente possono essere migliorate dopo l' atto operativo, anche se il ricambio dell'albumina non si compie come di norma (Caso III).

Se in base ai già descritti risultati desunti dallo studio del ricambio azotato, si volesse trarre qualche indicazione circa l'opportunità di intervenire mediante la gastro-enterostomia nelle diverse malattie dello stomaco, si sarebbe indotti a limitare detta operazione entro un campo alquanto più ristretto; però, se in alcuni casi, come si è visto, detta operazione non fa ritornare allo stato fisiologico il ricambio materiale, serve quasi sempre a fare scomparire o ad alleviare le sofferenze del paziente e quindi, sotto questo punto di vista, ne è giustificata una più estesa indicazione.

BIBLIOGRAFIA

Debove et Soupault. Fonctions de l'estomac chez un malade opéré de gastro-entérostomie. *Bulletin de l'Acad. de Médecine.* Paris, 1895, pag. 199.— Mahaut. De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entèro-anastomose pour sténose du pylore. *Thèse de Lyon* 1895-96 n. 1126.—Mathieu La digestion stomacale aprés la gastro-entèrostomie. *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 15 novembre 1895.—Hayem. Que devient la digestion gastrique aprés la gastro-entérostomie? *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1896, pag. 704.—Terrier et Hartmann. Chirurgie de l'estomac. Paris, Steinheil, 1899.—Hartmann et Soupault. Les rèsultats éloignès de la gastro-entèrostomie. *Revue de Chirurgie*, année XIX-1899 n. 2 e 3.—R. Guedj. Des rèsultats fonctionnels éloignés de la gastro-entèrostomie dans les sténoses non cancèreuses du pylore. *Thèse de Paris*, 1898, n. 365.—Carle e Fantino. Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco. *Il Policlinico*, Sezione Chirurgica, 1898, n. 6, 8, 10, 12, 14.—Dunin Th. Ueber die Resultate der Gastroenterostomie bei narbiger Verengerung des Pylorus. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884, n. 3 e 4.—Grundzach et Mintz. Rètr. cicatriciel; gastro-entèrostomie; rèsultat 10 mois plus tard. *Revue internation. de thérap. et de pharmac.* 1893, pag. 411.—Kövesi G. Einfluss der Gastro-enterostomie auf die Secretion-vorgänge des Magens. *Münchener med. Wochenschrift* 1898, S. 1081.—Rosenheim Th. Ueber das Verhalten der Magenfunction nach Ausführung der Gastro-enterostomie. *Berlin. klin. Woch.* 1894, S. 1134.—Heinsheimer F. Stoffwechseluntersuchungen bei zwei Fällen von Gastro-enterostomie *Centralblatt f. Physiologie.* Bd. XI, S. 253 (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I, 3, S. 348).—P. Joslin. Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit Fleisch-pepton und Eucasin bei einem Fall von Magengeschurir, bei einer Resection des Magens und einem Fall von Gastro-enterostomie. *Berl. klin. Woch.* 1897, S. 1047, 1051.—Rosenberg S. Die physiologischen Folgen der Gastro-enterostomie. *Pflüger's Archiv.* 1898 Bd. 73. S. 403.—Grützner P. Ueber die Bewegungen der Darminhaltes. *Centralbl. f. Physiologie.* Bd. XII. S. 399.—Deganello U. Ricerche sul ricambio materiale di una donna a cui fu asportato lo stomaco. *Atti del R. Istituto Veneto di Sc. lett. e arti*, 1899, T. LVIII Parte Seconda e *Riforma Medica*, 1899 n. 134 e segg.—Albertoni P. Les diètes dan les Hopitaux d'Italie. *Arch. It. de Biologie*, 1898 Tome XXX.—Ferrannini Andrea. Malattie dello Stomaco. Trattato Italiano di Patologia e Terapia medica. F. Vallardi, Milano. Vol. V. Fasc. 118 e 119.

LARINGOIATRIA

L'INTUBAZIONE LARINGEA NELLA PRATICA

Sevestre e Variot da lungo tempo si son fatti intransigenti sostenitori di questa legge: l'intubazione all'ospedale, la tracheotomia in città. Però, da ugualmente lungo tempo, Dillon-Brown, Jacques e D'Astros, Bonain, Ferroud e Rabot, Galatti, Llorente, ecc. hanno provato con i fatti che l'intubazione nella clientela è possibile senza sorveglianza permanente: e molti tra essi, prima della sieroterapia, hanno dimostrato che l'intubazione dava migliori risultati della tracheotomia; quest' opinione é stata sempre quella della maggior parte dei chirurgi americani: nella operazione di O' Dwyer gli accidenti mortali in mancanza di sorveglianza, sono di molto inferiori ai soli accidenti operatorii della tracheotomia.

Però per fare l'intubazione bisogna averla studiata. L' Escat, (*La Presse Mèdicale*, n. 70, 2 settembre 1899) ha presentato la tecnica più facile perchè quest'operazione riesca bene.

Lo strumentario è costituito da un apri-bocca di O' Dwyer, da un introduttore, da un estrattore, da una serie di sei tubi corti, modello Bayeux-Collin; ciascuno di questi tubi é fornito di un mandrino che si fissa all'applicatore. A questi strumenti bisogna aggiungere: qualche tubo lungo di O' Dwyer o del Bonain, una siringa del Bayeux per iniezioni tracheali, un dilatatore retromolare del Legroux, strumento necessario in caso di contrattura convulsiva ed irriducibile delle mascelle, un paio di forbici, un rocchetto di cor-

doncino di seta resistente ed assai fine per passarlo nel buco della testa del tubo, una boccetta d' olio mentolato al 5 0[0, un antisettico solubile (lisolo per esempio.)

E' necessario avere un aiuto.

Nell' intubazione senza sorveglianza continua bisogna ricorrere ad un tubo di grosso calibro, perchè questo dà il massimo di fissità e previene l' espulsione spontanea, e, per il suo lume più largo, permette l'espulsione delle talse membrane; l' ulcerazione che esso può provocare nel laringe è lungi dall'essere pericolosa.

L' Escat consiglia di servirsi di questo specchietto per la scelta dei tubi in rapporto all'età:

al di sotto di un anno	tubo n. 1
da 1-2 anni	» » 2
» 2-3 »	» » 3
» 3-4 »	» » 4
» 4-5 »	» » 5
» 5-6 »	» » 6

Da 6-12 anni il tubo n. 6 può ancora servire. E' sempre bene preparare tre tubi muniti di un cordoncino di seta lungo cm. 60, di cui si uniscono le due estremità con un nodo. Si tenterà d' introdurre dapprima il tubo più grosso.

Si farà sedere il bambino sulla sponda del letto, gli si porrà un drappo largo attorno al collo, che gli tôrrà anche la libertà delle mani. Un aiuto con il braccio sinistro circonderà il tronco e le braccia del bambino; con la mano destra, applicata sulla fronte, manterrà la testa solidamente appoggiata contro la spalla sinistra. La testa del bambino deve star diritta. Un secondo aiuto posto dietro la spalla sinistra del primo manterra l'apri-bocca. Quindi l' operatore, disinfettatesi le mani, si pone di fronte al bambino, gli strumenti stando nella bacinella a portata della sua mano destra. Quindi passa dell' olio mentolato sul mandrino e sul tubo e prova molte volte il funzionare dello applicatore. Passa poi all' applicazione a sinistra dell'apri-bocca di O' Dwyer, e se il bambino si rifiuta ad aprire le mascelle ricorrerà al dilatatore retro-molare del Legroux, seguito dall'applicazione dell' apri-bocca anzidetto. Di poi con l'indice sinistro l' operatore va alla ricerca dell' epiglottide e delle aritenoidi, flettendo un po' la falangetta porta in alto l'epiglottide. Quindi, tenendo l'applicatore con la mano destra, il pollice in alto le dita in basso, il medio e l'anulare trattenendo il filo, porta l'estremità del tubo nella faringe o lo insinua tra la faccia palmare dell' indice e l'epiglottide. Riconduce poi lo strumento sul piano mediano verticale antero-posteriore ed eseguisce qualche leggero movimento d'elevazione e di abbassamento del manico per collocare bene il tubo nell'asse della laringe. Il tubo allora per una certa lunghezza per il solo peso dell' apparecchio s'introduce nel laringe, mentre l' indice gli cede il posto e s'intromette nella faringe inferiore, assicicurandosi che il tubo sia effettivamente nel faringe e non nell' esofago. Poi l' indice sinistro si appoggia sul margine destro della testa del tubo mentre il pollice destro si introduce sotto la leva dell'applicatore che solleva: il mandrino allora si sprigiona mentre l'indice sinistro, appoggiato ancora sulla testa del tubo, lo mantiene introdotto nel laringe.

Quando il mandrino é fuori si percepisce un rumore tubario prodotto dalla corrente espiratoria, ed indicante che il tubo è già nel laringe. Per togliere il mandrino bisogna tirarlo direttamente in alto, ed in dietro, secondo l' asse del tubo, e poi condurlo in senso orizzontale quando si è sprigionato.

Durante questa manovra di estrazione del mandrino bisogna lasciar libero il filo, per tema di trar fuori il tubo con esso. Il mandrino essendo tolto, il filo essendo tenuto dalle ultime dita della mano destra l'indice della mano sinistra, che non ha abbandonato la testa del tubo, preme leggermente su quest'ultimo, che, libero dell' applicatore, può prendere quella direzione che gli conviene ad essere spinto a fondo. In questo momento la testa del tubo oltrepassa più o meno l'orifizio laringeo perché si oppone al suo approfondamento il distretto cricoideo : una pressione leggerissima con l'indice per 2-6 secondi basta abitualmente per fargli superar l'ostacolo; ma non bisogna mai usar violenza. La testa del tubo allora s'intromette nel vestibolo laringeo.

Quindi il filo, ricondotto alla commissura destra delle labbra, è passato attorno al padiglione dell'orecchio destro. L'apri-bocca è tolto.

Terminata l' intubazione, si vede spesso succedere un violento accesso di tosse convulsiva, nel corso della quale il bambino espettora una certa quantità di pseudo-membrane ed abbondante muco. Assicuratisi che, non ostante gli sforzi, il tubo è rimasto a posto, lo si lascia. Ma se l' intubazione è seguita da una calma perfetta, basta far prendere al bambino 6-2 cucchiai d' acqua perchè la tosse si produca. E bene dopo l' intubazione di fare con la siringa del Bayeux un' iniezione di olio mentolato.

Senz'essere difficile l'intubazione è una manovra delicata. Lo spasmo della glottide è un' ostacolo all' introduzione del tubo; ma basta allora aspettare qualche secondo mantenendo l' estremità del tubo sull'orifizio laringeo. Durante la prima inspirazione si può introdurre il tubo; in certi casi lo spasmo è talmente intenso che bisogna ricorrere alla tracheotomia. Quando si ha edema dell'epiglottide, spesso prodotto da tentativi reiterati ed infruttuosi di intubazione, bisogna ricorrere ad un tubo più piccolo. Se durante l'operazione si producono convulsioni, la si sospenda e si ritiri l'apri-bocca; se esse sopraggiungono alla fine dell' operazione è meglio

affrettarsi a finirla. L'apnea e la sincope sono assai frequenti, tuttavia meno che nella tracheotomia; in tali casi si ricorra alla respirazione artificiale ed ai mezzi classici. Il tubo può essere ostruito da una falsa membrana; questa allora può essere espulsa con il tubo in un accesso di tosse: in tal caso si ripeterà l'intubazione se il bambino non può essere sorvegliato; in altri casi, minacciando l'asfissia si prova un'iniezione di olio mentolato, quindi l'applicazione di un tubo lungo di O' Dwyer, infine, se tutto fallisce, la tracheotomia.

La tosse consecutiva all'intubazione deve essere rispettata se con essa si espellono delle pseudo-membrane, ma se essa inutilmente si prolunga troppo, si ricorra al bromuro ed alla codeina. I disturbi della deglutizione, pronunciati all'inizio, ora diminuiscono; l'alimentazione sarà liquida. Con lo spray o con uno scaldino, portante un recipiente contenente una soluzione antisettica, il bambino respirerà un' atmosfera costantemente carica di vapor d'acqua.

È sempre meglio che una persona dell' arte assista l'intubato.

I tre accidenti capitali capaci di produrre la morte del bambino sono la caduta del tubo nella trachea, l'ostruzione brusca, l'espulsione spontanea. Il 1° accidente é raro: bisogna allora ricorrere alla manovra del Bayeux che descriveremo più in là, alla posizione con la testa bassa del bambino, combinata all'enucleazione, e, come ultima risorsa, alla trachetomia. Il 2° accidente, terribile, necessita l'estrazione del tubo immediata; ma, fortunatamente, la sua frequenza è inferiore all'1 0[0. Per prevenire l'ostruzione brusca, bisogna usare tubi grossi e fare una sorveglianza attivissima.

Il 3° accidente è più frequente del precedente, ma è meno grave; avviene nel 20 0[0 dei casi, talvolta, dopo l'espulsione, non è più necessario di ritentare una novella intubazione; talvolta l'espulsione è provocata da un accesso di tosse, talvolta, sebbene raramente, dalla paralisi precoce dei muscoli della laringe. Anco per impedire l'espulsione bisogna usare un grosso tubo.

L'estubazione deve essere praticata verso il 3° giorno, se le pseudo-membrane faringee sono comptetamente scomparse e se la temperatura non differisce troppo dalla norma. Si può togliere il tubo più presto, ma il più spesso è necessario lasciarlo più di tre giorni, sovratutto nei bambini nei quali la siero-terapia venne applicata tardivamente.

Per l'estubazione l' Escat ha ideato la seguente manovra: si pone il pollice della mano destra sul cavo sovra-sternale, le altre abbracciando la nuca del bambino, la mano sinistra mantenendo la testa in estensione forzata per fare sporgere la faringe e la trachea; il pollice allora rimonta fino a che incontra la sporgenza formata dall'estremità inferiore del tubo; esercita allora una pressione dal basso in alto e si sente sfuggire il tubo; in questo istante la mano sinistra flette la testa e si ordina di espuire. Se il tubo capita nel cavo naso-faringeo e nasale lo si può togliere con una pinza. Se il tubo viene deglutito, viene reso nelle feci. Il Bayeux invece consiglia di prendere come punto di repere la sporgenza della cricoide e di collocare il pollice al di sotto di essa sul primo anello tracheale; di esercitare poi una pressione perpendicolare alla colonna cervicale. Invece è meglio combinare a questa pressione quella dal basso in alto, suggerita dall' Escat.

Se l'enucleazione fallisce, ciò che è raro, bisogna ricorrere alla estrazione. Il bambino è posto nella posizione dell'intubazione, con le mascelle divaricate dall'apri-bocca;assicuratisi della posizione del tubo con introdurre l'estrattore e premendo fortemente sulla leva mentre si tira sul manico, verticalmente dapprima, poi orizzontalmente.

Dopo l'estubazione si può avere *tirage* brusco e minaccioso (spasmo della glottide, paralisi dei dilatatori), ciò che necessita una reintubazione immediata. Altre volte il *tirage*, per l'edema o per la persistenza delle false membrane, capita nella prima ora: anche qui è necessario di ricorrere all' intubazione.

Le cause del *tirage* dopo l' estubazione sono: l' edema infiammatorio semplice o sintomatico di ulcerazioni provocate dal soggiorno del tubo, lo spasmo glottideo, la paralisi dei dilatatori della glottide, la persistenza delle pseudo-membrane sottoglottidee staccate tardivamente. In caso di edema per ulcerazione si fa l'intubazione con un tubo di calibro minore, si deve nettare e cambiare il tubo frequentemente e ripetere le iniezioni di olio mentolato. In caso di spasmo glottideo si rimetterà il tubo e si somministrerà il bromuro e la codeina per due giorni almeno prima di tentare l' estubazione. In caso di paralisi dei dilatatori della glottide si ricollocherà lo stesso tubo, o meglio è ricorrere alla tracheotomia. In caso di persistenza di false membrane sotto-glottidee bisogna ricollocare lo stesso tubo. La durata minima della seconda intubazione dev' essere di due giorni.

L' intubazione è indicata nel croup difterico, in tutte le stenosi laringee acute dell'infanzia: laringite stridula asfittica, edema della glottide, spasmo. L' intubazione sarà fatta quando il tirage è divenuto minaccioso. La tracheotomia non sarà praticata se non quando l' intubazione, anco con tubo lungo, non ha fatto cessare la difficoltà respiratoria, quando il bambino è in istato di morte apparente, quando l' espulsione spontanea si ripete molto spesso, quando l'estubazione è seguita da spasmo freno-glottico con fenomeni convulsivi, quando esistono ulcerazioni gravi della laringe, o paralisi dei dilatatori della glottide, o quando esistono false vie.

L'intubazione dev' essere il processo di scelta, la tracheotomia quello di necessità.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten* edita da R. Koch e C. Flügge, Bd. 32, H. 1, 1899.

1. R. Koch. **Sullo sviluppo dei parassiti della malaria.** V. pag. 805.

2. H. Kossel. **Su di un parassita sanguigno nelle scimmie, analogo a quello della malaria.**—Koch fu il primo ad osservare un parassita, che vive nei corpuscoli sanguigni della scimmia. Nei preparati non colorati del sangue delle scimmie infette da questo parassita, si trovano delle sferule pallide ora molto rare, ora più abbondanti, della grandezza circa d'un corpuscolo rosso, che possiedono un pigmento granuloso giallo-chiaro-bruniccio. Queste figure sferiche dimorano per un certo tempo immobili, finché in una parte di esse, nelle zone marginali del parassita, si inizia di botto un movimento ondulatorio. Subito dopo escono fuori con impeto in un punto del margine parecchi prolungamenti sottili filamentosi che hanno una lunghezza quasi quadrupla del diametro della sferula ed eseguono un movimento sforzante vivace, cosicchè la sferula viene sbalzata or qua or là. Qualche volta si vedono anche prolungamenti staccarsi dalla sferula ed alcuni di essi andar via finchè s'intrecciano in un gomitolo di globuli rossi. Può anche osservarsi per lungo tempo, come il filamento mobile cerchi di liberarsi dai corpuscoli rossi, con che tutto il gomitolo entra in movimento. Gradatamente però cessa anche questo. Della sferula, dalla quale uscirono fuori i filamenti, sono rimasti soltanto una massa protoplasmatica informe ed il pigmento. Il processo è perciò lo stesso di quello noto già da lungo tempo nei parassiti malarici dell'uomo e degli uccelli. Nei preparati colorati i parassiti si riconoscono ugualmente con facilità.

La presenza dei parassita non sembra produca nelle scimmie fenomeni morbosi. Tutto depone in favore del fatto, che le forme grandi dei parassiti della scimmia, che d'ordinario occorrono, siano da mettersi allato alle semilune, rispettivamente alle grandi sfere della malaria umana. L'unico reperto patologico, trovato nella scimmia infetta dal detto parassita e morta per altre malattie od uccisa, è una pigmentazione intensa della milza, inoltre un ispessimento della capsula splenica, la milza stessa è traversata da tratti connettivali più robusti. Tanto nella capsula che in vicinanza dei tratti connettivali risiede il pigmento ammassato in grandi mucchi irregolari; nelle cellule della polpa esso si trova pure qua e là in forma di granulazioni più fini, si trova pure nel midollo osseo. Anche la milza, il fegato, i reni ed il midollo osseo ospitavano i parassiti negli animali esaminati, in ugual quantità del sangue del cuore o dei vasi periferici.

3. E. Babucke. **Sul viziamento dell'aria con acido carbonico nelle stanze per mezzo delle stufe a petrolio.**—In tutti i suoi esperimenti la quantità normale di acido carbonico dell' 1 0|00 venne sorpassata già dopo breve tempo, e nel corso dello scaldamento si ebbero tali quantità di acido carbonico, che con un' azione prolungata sull' organismo determinerebbero se non delle influenze nocive alla salute, per lo meno malessere.

4. P. F. Krause. **Esperienze di sei anni colla cura della tubercolosi secondo R. Koch.**—Nell'anno 1895 Krause riferì in modo particolareggiato sulle sue esperienze coll'antica tubercolina di Koch. Dal novembre del 1892 egli ha adoperato sistematicamente il detto rimedio, dopo ha fatto anche uso della nuova tubercolina ed in terzo luogo ha seguito Koch nei suoi sforzi di combattere le infezioni miste tubercolari. Riferisce dapprima 41 storie di ammalati; di questi 30 non presentavano complicazioni ed 11 erano soggetti ad un' infezione mista. Di questi 11 casi, riuscì soltanto in 4 di rimuovere i microorganismi secondarii. Degli ammalati della 1ª categoria, 3 acquistarono consecutivamente un'infezione mista, che non si potè rimuovere. Ai 30 pazienti che vennero in cura con tubercolosi pura bisogna aggiungere i 4, che dopo la rinnovazione dell'infezione mista ricevettero iniezioni di tubercolina. Di questi 34, 12 sono temporaneamente guariti, 8 migliorati, 2 si trovano ancora in cura e di essi uno è pure migliorato, 3 erano migliorati ma subirono un'infezione secondaria, 1 migliorò, ma poi andò soggetto all' infezione mista e vive tuttora, 3 non si dimostrarono adatti per la tubercolina, 3 ricevettero l'iniezioni soltanto a scopo diagnostico ed un caso peggiorò durante la cura. Rimangono quindi 27 casi, i quali ricevettero iniezioni terapeutiche. Di questi, 12 vennero a guarigione temporanea, 13 migliorarono, uno rimase stazionario ed uno peggiorò.

5. E. Frankel e P. Krause. **Ricerche batteriologiche e sperimentali sulla bile.**—All'esame del contenuto di 130 vescichette biliari trovarono la bile sterile in 105 casi, non sterile in 25. I 105 casi della 1ª categoria comprendevano 35 casi di morbi infettivi acuti, 36 casi di tubercolosi, negli altri casi si aveva da fare con tumori maligni malattie cardiache, renali, pulmonari e cerebrali. Che nessuna importanza debba attribuirsi allo spazio di tempo decorso dalla morte fino alla presa della bile, si rileva fra le altre cose dal fatto, che fra le vescichette biliari prese dal cadavere 15 a

20 ore dopo la morte si trovò una percentuale maggiore di bile sterile, che non nella bile esaminata già dopo 10-15 ore.

Dall'altre ricerche degli autori risulta che la vescichetta biliare, rispettivamente il fegato, non deve considerarsi come un organo d' eliminazione per gli agenti morbosi presenti nella massa dei succhi; un'eccezione a ciò fanno quelle malattie infettive, nelle quali il processo morboso vero e proprio si svolge nel tratto intestinale, come nel colera e nel tifo addominale. Nei casi di morte per pneumonite fibrinosa non riuscì loro nemmeno una volta di trovare il diplococco lanceolato nella bile. In 7 casi di cirrosi epatica la bile si trovò sterile, in 16 casi di colelitiasi si trovò 5 volte sterile, 11 volte no ed in questi 11 casi si trovò 5 volte il colibacillo, 1 volta il diplococco lanceolato, 2 volte lo streptococco piogene; negli altri casi si trattava per lo più di bastoncini immobili, che non vennero precisati davvicino.

Molto importanti furono i reperti del contenuto della vescichetta biliare delle persone morte per tubercolosi. Furono esaminati in tutto 36 casi del genere e fu stabilito colle colture che la bile era sterile 34 volte. Undici campioni della bile trovata sterile si iniettarono alle cavie dentro il peritoneo; 5 degli animali inoculati morirono spontaneamente da 5 a 7 1[2 settimane dopo l'infezione e presentarono alla regione lesioni tubercolari di alto grado del peritoneo, della milza e del fegato, mentre nei polmoni si trovarono focolai tubercolari recenti. Altri degli animali inoculati vennero uccisi, ed alla sezione si constatarono lesioni tubercolari al mesenterio, alla milza, al fegato ed alla faccia addominale del diaframma.

Dalla gravezza delle lesioni addominali di fronte alle pochezze di quelle pulmonari non può esservi dubbio sul nesso causale fra l'iniezione intraperitoneale della bile e lo scoppio dell' affezione tubercolare. Nei rispettivi fegati non si trovarono lesioni riconoscibili macroscopicamente, però non venne praticato un esame microscopico minuto.

La bile umana rappresenta un buon terreno nutritivo per il bacillo del tifo, per il colibacillo, lo stafilococco piogene aureo, il vibrione colerico, il bacillo piocianeo. I bacilli difterici o gli streptococchi si sviluppano discretamente nella bile pura, la quale poi rappresenta un mezzo nutritivo affatto inadatto per il diplococco lanceolato.

6. Bliesener. **Sulle culture in gelatina nella stufa.** — La stufa utilizzata da Bliesener è di rame, la parete interna consta di latta di rame. Esso è rivestito d'asbesto, lo spazio della stufa è alto 40 cm. largo 25, profondo 25. È facile a tenersi ad una temperatura costante a 27° per mezzo d' una semplice lampada di sicurezza di Koch. L' autore descrive poi il processo di preparazione d'una gelatina speciale. Adoperò il suo metodo in tutte le ricerche batteriologiche possibili, trovò sempre che per il calore più elevato ha luogo un acceleramento essenziale d'accrescimento, cosicchè il tempo in cui può finirsi un lavoro viene notevolmente abbreviato. Culture di colera e di tifo, di cocchi piogeni richiedono la terza o la quarta parte del tempo, altrimenti necessario. Ne risulta, e ciò ha speciale importanza per il colera, un abbreviamento notevole del tempo necessario per la diagnosi. Alla temperatura di 29° nella detta stufa si possono coltivare anche batterii, che si sogliono esporre ad una temperatura più elevata, così i bacilli difterici.

7. E. Pfuhl. **Ricerche sul contenuto di germi dell' acqua sotterranea nella pianura media del Reno.** — All'esame di un' acqua che stava 80 cm. al di sotto della superficie del suolo, si trovò ch' essa conteneva da 44 a 100 germi per cmc., un'altra acqua sita a 3m, 66 sotto la superficie del suolo diede da 54 a 62 germi per 1 cmc. una 3a acqua diede fino a 253 germi per 1 cmc. Tutte 62 le dette acque si trovarono contenere germi anche dopo la disinfezione.

8. R. Behla. **Il metodo geografico-statistico quale fattore coadiuvante nell'investigazione del carcinoma.**—Nell'ultimo quarto di secolo s'è reso notevole non soltanto una frequenza maggiore del carcinoma, ma da osservazioni recenti risulta ch'esso compare con maggior frequenza in determinati luoghi. Behla riferisce esempii e casi, i quali dimostrano indubbiamente che non solo alcune di queste città ed alcune strade come pure villaggi, ma che specialmente anche singole case danno esempii frequenti di carcinoma. Ciò conduce a pensare ad un agente infettivo, che risiede secondo alcuni autori, nell' acqua di determinati luoghi. Nulla si sa ancora di sicuro, a quale specie appartenga il parassita del cancro.

FORMULARIO

Polveri dentifricie

Osso di seppia polverato. . . .	gr. 80
Creta preparata	» 20
Bicarbonato di sodio	» 5

Tintura d'ambra al muschio e alla rosa q. b. ad aromatizzare. (Lallement)

Polvere d'iride fiorentina . . .	gr. 15
Creta lavata	» 5
Magnesia inglese	» 5
Pietra-pomice porfirizzata . . .	» 5
Salolo	» 2,50
Tintura d'ambra muscata . . .	» 0,50
Essenza di menta	poche gocce

(Redier)

NOTIZIE E VARIETA'

Un nuovo capitolo di Galateo medico per i consulti fra medici

Il Consiglio dell'ordine dei medici di Parma ha formulati alcuni quesiti relativamente alla questione dei consulti fra medici e ottenne la risposta da 16 Ordini e Associazioni congeneri (Pinerolo, Cremona Ferrara, Milano, Alba, Siena, Genova, Terra d'Otranto, Livorno. Firenze, Rovigo, Napoli, Terra di Lavoro, Verona, Reggio Calabria, Piacenza).

Il relatore dottor Cesare Cattaneo con un esame minuto di tutte le risposte, in molte delle quali si notava una certa indecisione, concluse la sua relazione con una proposta concreta nel modo seguente: « Volendo ora riassumere ciò che a tale gravissima questione dei consulti si riferisce noi proponiamo all' accettazione di tutti i colleghi il seguente capitolo di galateo medico, risultanza dello studio delle risposte inviate da un numero di Ordini ed Associazioni sanitarie, che rappresentano una gran parte del corpo medico italiano, capitolo di galateo nel quale ci sembra si trovino riunite le norme le più corrispondenti a salvaguardare gli interessi della famiglia e la dignità del curante insieme. Proponendo il medico curante un consulto, spetta anche a lui il diritto di scelta del consulente. Quando il consulto viene richiesto dalla famiglia sia sempre il medico curante propenso ad accettarlo, non dovendosi mai credere ch' egli tema un giudizio dell' opera sua. Accetti anche il consulente che la famiglia propone, quando sia persona competente capace per lunga pratica, per nota coltura scientifica, per specialità di studi; se però il curante non vede nel consulente propostogli la persona atta ad arrecargli quell' illuminato parere, quell' aiuto, che da un consulto gli è lecito attendersi, egli può esprimere alla famiglia il desiderio che si chiami altro collega di competenza indiscutibile, di sua maggiore fiducia, o più indicato nel caso speciale, non essendo egli tenuto ad accettare assolutamente quel qualsiasi consulente che la famiglia propone. Cerchi il medico curante, se ragioni personali di astio esistessero in lui contro il consulente propostogli, di soffocarle, e lo accetti sacrificando così meritoriamente la propria suscettibilità all'interesse dell'infermo, del quale gli sono affidate le sorti. Ove però le ragioni personali fossero tali da fargli temere che l'incontro fra lui e il consulente propostogli possa turbare in entrambi la serenità necessaria al consulto, ne avvisi lealmente la famiglia, chiedendo che altro consulente sia chiamato, oppure offra di non assistere di persona al consulto lasciando per iscritto al consulente le più ampie indicazioni sul decorso della malattia, la diagnosi è la cura.

Quando la famiglia insista e voglia che il consulto abbia luogo col consulente già dal curante rifiutato. si comporti quest'ultimo come la sua coscienza gli detta e se gli è impossibile essere sostituito da altro medico, resti, per il bene dell'infermo, ricordando però che per la sua dignità meglio sarebbe ritirarsi, affidando ad altro collega l' infermo. Il rifiuto, espresso in termini cortesi, basato sulla fiducia maggiore che il curante ha il diritto di avere piuttosto nell' uno che nell' altro collega, o sulla maggiore convenienza che altro medico intervenga nel caso speciale, non deve costituire offesa pel consulente rifiutato: nè questi può ritenersi offeso da un rifiuto basato sull' esistenza di gravi fatti personali fra lui ed il curante, dovendo anch' egli preferire che un incontro ed una discussione vengano evitati fra persone le quali non potrebbero apportarvi la calma dello spirito e la serenità della mente, che l'importanza dell'atto del consulto, la salute dell'infermo, l' interesse della famiglia richiedono.

Anche il microbo dell'insolazione!

La causa determinante dell' insolazione dunque sarebbe un microbo, che ancor non si conosce bene, ma del quale si sa che esercita la sua opera funesta specialmente nei giorni di gran caldo, e penetra, insieme alla polvere, nei pulmoni.

La scoperta di questo microbo, che sarebbe l'ultimo della lista—almeno per ora—ci è annunciata contemporaneamente da uno scienziato tedesco per l'insolazione in Europa, e dall'inglese L. W. Sambon per il *siriage*, un'insolazione speciale dell' Asia e degli Stati Uniti.

Una casa di alluminio

La prima casa in alluminio sarà costruita a Chicago, in una delle strade più animate della città.

L'ossatura sarà formata di forti travi di ferro ed il resto di lastre di alluminio, o piuttosto di una specie di bronzo, consistente in 20 parti di alluminio e di 10 di rame.

Questo bronzo ha un coefficiente di dilatazione estremamente ridotto.

L'edificio avrà un'altezza di 64 metri e comprenderà 17 piani.

La facciata sarà formata di lastre dello spessore di 5 millimetri bellamente lustrate.

Ecco una casa i cui abitanti saranno, a quanto pare, assai mal protetti dal freddo e dal caldo.

Inoltre la sonorità delle pareti riserverà, senza dubbio, alcune sorprese poco gradite ai futuri inquilini.

GAZZETTINO

PARIGI. *Congresso internazionale per gli interessi della classe medica.* — I temi che saranno di-

scussi nel prossimo anno a Parigi nel congresso internazionale per gli interessi della classe medica sono i seguenti: 1. Principii fondamentali della deontologia medica (Relatore dott. Grasset di Montpellier). 2. Sulla istituzione di una casa di salute e di una società di mutuo soccorso fra i medici. (Relatore dott. Laude di Bordeaux). 3. Sulla difesa professionale. (Relatore dott. Person di Nantes). 4. Rapporti dei medici colle grandi società. (Relatore dott. Cuylitz di Brüssel). 5. Organizzazione e risultati delle camere mediche. (Relatore dott. Pallat di Vienna). 6. Organizzazione delle classi mediche ungheresi. (Relatore prof. Jendrassik di Budapest).

Il comitato organizzatore di questo congresso è costituito da Lerèboullet (presidente), Jamin e Le Baron (vice presidenti), Gloyer (segretario generale) e Gaston (segretario).

PARIGI. *Stato sanitario.* — L'ufficio di statistica municipale ha segnato nella 32ª settimana, 926 decessi, cifra notevolmente inferiore a quella della settimana scorsa (1114); ma ancora superiore alla media ordinaria delle settimane di agosto (876). La febbre tifoide, la rosolia sono alla stato stazionario, le altre malattie epidemiche sono rare. La febbre tifoide ha prodotto 931 decessi, la rosolia 22, la scarlattina 2, la pertosse 8, e la difterite 4. La diarrea infantile (atrepsia ecc.) ha prodotto 171 decessi di bambini dai primi mesi della loro esistenza fino ad 1 anno. La tisi ha dato 124 decessi.

BOULOGNE. *In memoria di Duchenne.* In occasione del congresso dell' associazione francese per l'avanzamento delle scienze, sarà inaugurata a Boulogne una statua a Duchenne.

MARSIGLIA. *Facoltà di medicina.*—Il dott. Chapplain, professore di patologia esterna e di medicina operatoria è messo a riposo e nominato professore onorario.

NANTES. *Facoltà di medicina.*—Il dott. G. Guilbaud è nominato direttore di clinica chirurgica.

NANTES. *Ospedale.*—Il dott. Bureau è nominato, in seguito a concorso, medico supplente.

RENNES. *Facoltà di medicina.*—Il dott. Delacour, professore di clinica interna è messo a riposo, è nominato professore onorario.

Il dottor Aubrée, professore di clinica medica è messo a riposo e nominato professore onorario.

Macè, professore di farmaceutica è messo a riposo e nominato professore onorario.

Il dott. Perrin de la Touche, professore d'istologia, è nominato per 3 anni direttore della suddetta Facoltà in sostituzione di Delacour, nominato direttore onorario.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al prof. G. Rummo—Palermo

S. Mircoli. L'attività della cute nella estrinsecazione clinica delle itterizie. Estratto dalla *Clinica medica*, 1899.

S. Mircoli. Concetto e diagnosi della pio-tubercolosi polmonare cronica. Estratto dalla *Clinica medica*, 1899.

S. Mircoli. La stafilococco nella genesi della *chorea reumatica*. Estratto dalla *Clinica medica*, 1899.

S. Mircoli. Das latente Fieber bei der chronischen Tuberculose (La febbre latente nella tubercolosi cronica). Estratto dal *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, Bd. LXIII.

Ferrannini Luigi. Ritmo a tre toni per aggiunzione di un tono diastolico bicuspidale nella stenosi mitralica. Estratto dall'*Archivio di medicina interna* 1899:

Ferrannini Luigi. Ueber dreischlägigen Rhytmus bei Mitralstenose, bedingt durch Hinzutreten eines 2. diastolischen Tons an der zweizipfligen Klappe. Estratto dal *Centralblatt für innere Medicin* 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un' annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'AZIONE DEI RENI NELL'EMOGLOBINURIA

E' molto discusso il compito che spetta al rene nell'emoglobinuria. Mentre alcuni ammettono che i reni non fanno se non che eliminare l'emoglobina circolante nel sangue e disciolta nel plasma, altri ritengono che la distruzione dei globuli avvenga solo nei reni.

Il Dott. Schupfer, della clinica del Baccelli, ha fatto recentemente delle interessanti ricerche sperimentali per risolvere questo problema.

Egli ha potuto vedere che l'albuminuria prodotta dal restringimento della vena renale ha in genere la tendenza a scomparire in un tempo piuttosto breve, a meno che intorno al laccio che la restringe, non si sviluppi un processo di flogosi; nel qual caso essa può aumentare. L' orina eliminata dal rene da stasi è più scarsa e con un peso specifico maggiore di quella eliminata dal rene sano; però, se la stasi è molto forte, il peso specifico diviene minore perchè gli epitelî renali vengono profondamente alterati.

Iniettando varie sostanze sotto la cute (bleu di metilene, toluilendiamina, acido pirogallico) esse compaiono tanto più tardi nell'urina quanto più il rene è alterato; e se la stasi è molto avanzata, esse non vengono quasi affatto eliminate dal rene malato. La quantità che è poi eliminata dal rene da stasi è, tanto nella quantità percentuale, quanto in quella totale, sempre minore che dal lato sano. Se si attende che l'albuminuria sia cessata, e s'inietta allora sotto la cute una sostanza capace di produrre la nefrite, l' albuminuria si produce prima e più intensa dal lato sano. Qualche volta dopo l'atto operativo, si ha un'albuminuria, talvolta abbastanza intensa anche dal lato del rene non alterato. Questa albuminuria si deve ritenere determinata dal cloroformio, il quale, come le altre sostanze sopra ricordate, si elimina in maggior copia dal lato del rene sano, e quindi più facilmente lo altera.

Provocando l'emoglobinuria con la iniezione endo-venosa di acqua distillata o con l' iniezione sotto-cutanea di glicerina, si nota che l'emoglobina compare dal lato malato un po' più tardi che da quello sano; ma la differenza è talora solo di qualche minuto (al più di sei minuti); mentre per le altre sostanze il tempo è molto più lungo. Se la stasi non è molto intensa, il rene da stasi elimina in principio una orina meno carica di emoglobina, ma dopo un tempo più o meno lungo, la quantità percentuale di emoglobina da questo lato diviene maggiore che non da quello sano, e tale aumento perdura sino alla fine.

Se l'albuminuria è molto grave, la quantità percentuale di emoglobina eliminata dal rene da stasi è sempre minore di quella eliminata dall'altro rene.

Se il cloroformio ha determinato una albuminuria dal lato in cui non si era ristretta la vena emulgente, e se da questo lato l'albuminuria è già cessata, allora l'emoglobina compare più presto ed in una percentuale maggiore dalla parte del rene da stasi. Se si ha contemporaneamente forte albuminuria da stasi e leggera albuminuria da cloroformio, allora l'emoglobina appare in una percentuale maggiore dal lato in cui l'albuminuria è leggera: però se l'albuminuria da stasi è solo di poco più intensa di quella da cloroformio, allora l'emoglobinuria può in principio essere meno forte da questo lato, forse perchè il cloroformio offende l' attività secretiva delle cellule più della stasi. La quantità di emoglobina eliminata dal rene da stasi nei varî periodi dell'esperienza è sempre minore di quella eliminata dal lato sano. Se si riuniscono tutte le orine raccolte durante l' esperienza, e se ne determina il contenuto in emoglobina, si nota che se la stasi è leggera, la percentuale è maggiore da questo lato, ma la quantità totale è minore; se la stasi è molto forte, ambedue sono minori che dal lato sano.

Si trattava di vedere se l'emoglobina si eliminasse solo per i glomeruli. La Bridges Adams produsse emoglobinuria nei sorci, e trovò sempre menischi di emoglobina nelle capsule dei glomeruli. L'Adami trovò questi stessi menischi nei glomeruli, anco nei casi in cui non si ebbe secrezione urinaria: egli dimostrò pure che la quantità dell'emoglobina contenuta nell' urina era in relazione con la maggiore o minore diuresi, e che l'urina era più ricca in emoglobina del siero del sangue e della linfa. Il Lebedeff trovò che i canalicoli contorti segregano una sostanza albuminosa incolore, che egli non ritenne fosse emoglobina. L'Afanassiew trovò negli epitelî dei tubuli contorti, nel lume di questi e nei tubuli retti, dei granuli i quali poi si ritrovavano nel sedimento dell' urina, ma che non davano la reazione dell'emoglobina, nè dell'e-

matina; egli concluse che l'emoglobina disciolta doveva essere eliminata dai glomeruli; i granuli bruni erano, secondo lui, i detriti dei globuli rossi. Il Silbermann fa però osservare che, nelle descrizioni dello Afanassiew non è mai ricordata la presenza dell'emoglobina nelle capsule del Bowmann; egli confermò l'esperienze dell'Adami, e fece osservare che in esse all'azione del taglio del midollo spinale che produce un forte abbassamento della pressione sanguigna, si aggiunse quella dell'emoglobina, che ha pure un'influenza sul circolo generale. Il Silbermann non osservò gli anelli emoglobinici nelle capsule del Bowmann, ma cilindri emoglobinici nei tubuli contorti e retti: egli ammette che una parte dell'essudato capsulare provenga dai tubuli contorti e penetri nelle capsule a ritroso; la massa emoglobinica eliminata dai glomeruli è omogenea, chiara e non presenta quella struttura granulosa che si ha in quella eliminata dai tubuli contorti; l'eliminazione dell'emoglobina avviene quindi principalmente nei tubuli contorti, e, solo se i disturbi di circolo hanno alterato gli epitelî glomerulari, l'eliminazione dell'emoglobina avverrebbe anco in questi. Il Bastianelli, studiando le alterazioni renali dell'emoglobinuria malarica, riscontrò che alcuni degli epitelii dei tubuli contorti erano impregnati di emoglobina, mentre il lume dei tubuli contorti di rado conteneva emoglobina, la quale, invece, con maggior frequenza si riscontrava nelle anse di Henle. I glomeruli erano normali o fortemente iperemici ma non alterati.

Da tutte queste ricerche fatte nell'emoglobinuria sperimentale e da quelle praticate sull'emoglobinuria malarica, risulta che le cellule dei tubuli contorti contengono emoglobina; e ciò fa ritenere che anche gli epitelii dei canalicoli contorti abbiano una parte attiva nella sua eliminazione. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che, come risulta dalle ricerche di Schupfer e Vitali, in alcuni casi in cui i glomeruli erano poco lesi, mentre i tubuli contorti erano molto alterati, si potè avere forte emoglobinemia senza emoglobinuria; e dall'altro fatto che l'intensità dell'emoglobinuria non è sempre in relazione con la quantità dell'orina eliminata dall'uno e dall'altro rene. Infine, siccome la quantità percentuale dell'emoglobina è in relazione diretta con il peso specifico della orina, ciò fa supporre che essa venga eliminata con le stesse leggi che regolano la secrezione dell'urea, ecc., ossia dai tubuli contorti (Schupfer).

La quantità dell'emoglobina eliminata è talora in un certo rapporto anche con la quantità dell'orina eliminata; e ciò fa credere che anco i glomeruli malpighiani esercitino una certa azione sulla sua secrezione. La quantità dell'emoglobina contenuta nell'orina è in rapporto inverso di quella dell'albumina: e, se la lesione renale è massima, i reni possono non eliminare affatto l'emoglobina circolante, come avvenne in una delle esperienze dello Schupfer.

Nella emoglobinuria da acqua distillata e da glicerina, si ha emoglobinemia; ma la quantità di emoglobina circolante è sempre minore di quella dell'urina. La stasi renale non favorisce il passaggio nell'orina dell'emoglobina circolante. Se la stasi è tale da produrre ematuria oltre all'albuminuria, si vede che talora, appena compare l'emoglobinuria, i globuli rossi scompaiono dall'orina; il che non può spiegarsi altrimenti che ammettendo che nell'urina esista un principio capace di scioglierli. Un fatto simile fu verificato anco nell'uomo dal Murri. Siccome però nell'ulteriore decorso dell'emoglobinuria non è raro di riscontrare globuli rossi nel sedimento, così per spiegare questo fenomeno giova ammettere, sia che il suddetto principio si elimini solo in alcuni periodi dell'accesso, sia che non si elimini in quantità sufficiente per disciogliere tutti quei globuli rossi che sono emessi con l'urina, e che, nell'ulteriore svolgersi dell'accesso, verisimilmente sono eliminati in quantità sempre maggiore a causa delle alterazioni renali determinate dal fatto dell'emoglobinuria stessa. Forse lo stesso principio è quello che determina la dissoluzione del sangue ed il passaggio dell'emoglobina nel circolo generale.

Su questo fatto, sulla constatata mancanza di emoglobinemia e sulla presenza di lesioni renali croniche in alcuni casi di emoglobinuria, sulla alternativa che talora si ha di accessi di ematuria e di accessi di emoglobinuria, trova appoggio la supposizione che esista veramente un'emoglobinuria di origine renale.

La mancanza di lesioni renali persistenti in casi di emoglobinuria, può trovare la sua spiegazione nella loro transitorietà, analogamente a quanto accade nell'ematuria renale; e le alterazioni acute del rene, coincidenti con l'emoglobinuria, possono in taluni casi non esserne un semplice effetto.

Il colorito itterico della cute non sempre indica che l'emoglobinemia sia la causa dell'emoglobinuria, perchè esso talora manca, talora è leggero, tal'altra può esserne indipendente o essere semplicemente l'espressione di un riassorbimento di emoglobina avvenuto entro i reni. Esso, infatti, si è avuto in casi di ematuria, e ad ogni modo non fu sempre proporzionato al grado d'intensità dell'emoglobinuria. L'urobilinuria e l'urobilinemia sono i migliori criterii per ammettere l'origine extrarenale dell'emoglobinuria; però neanche essi valgono per tutti i casi.

Nell'emoglobinuria renale giova ammettere l'esistenza di un principio che invece di dissolvere i globuli rossi, per esempio nelle parti esposte al freddo, li dissolva invece nei reni. L'affinità che questi hanno per l'emoglobina, spiega il fatto che in tali circostanze o si ha un'emoglobinemia molto leggera o non la si ha affatto (Schupfer).

BIBLIOGRAFIA

Tomaselli. *Atti dell'Acc. Gioenia* di Catania, 1874 —Erlich, *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1881.—Lépine. *Rev. men. de méd. et de chir.* 1880.—Silvestrini. Dell'emoglobino-albuminuria parossistica, Milano 1883.—Silvestrini e Conti. *Lo Sperimentale*, 1881.—Maragliano. *Rif. Medica*, 1885.—Ralfe. *The Lancet*, 1886. —Bastianelli. *Bull. della Soc. Lancisiana*, 1888.—Rossoni. *Il Morgagni*, 1889.—Hayem. Du sang. Paris, 1889.—Baccelli. XI. Congr. f. innere Med. zu Leipzig, 1892, *Il Policlinico*, 1897. — Murri. *Rivista clinica*, 1879-80-85; *Il Policlinico*, 1895-97. — De Renzi. *La clinica moderna*, 1895.—Grocco. *Arch. ital. di clin. med.* 1896.—Afanassiew. *Virchow's Archiv.* XCVIII.—Sacerdotti. *Arch. per le sc. med.* 1896.—Adami. *Journ. of. Physiol.* 1885.—Silbermann. *Zeitsch. f. klin. Med.* XI, 18. —Bridges Adams. Hämoglobinausscheidung in der Niere. Bern., 1880. — Lebedeff. *Virchow's Archiv.*, IXC.—Vitali. *Ann. di chim. e farmacol.*, 1896. —De Giovanni. *Arch. ital. di clin. med.* 1896.—Riva. *Lo Sperimentale*, 1896. —Senator. *Berl. klin. Wochen.* 1891.—Schupfer. *Il Policlinico*, n. 17, 30 agosto 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale della R. Università di Torino diretta dal prof. C. BOZZOLO

SULLA GASTRITE ULCEROSA CRONICA ANACLORIDRICA

Dott. Luigi Sansoni, Aiuto della Clinica e docente di Patologia speciale medica

Nell'ambulatorio di questa Clinica si sono presentati nello spazio di pochi mesi 3 casi di ulcerazione gastrica, che per i loro caratteri peculiari il mio Maestro, Professore Bozzolo, mi ha incaricato di studiare e pubblicare.

1° *Caso.*—Trattasi di un signore di 51 anni il di cui padre morì di febbre gialla e la madre di tubercolosi polmonare. Egli ha sofferto la malaria all'età di 7 anni, la blenorragia una prima volta a 18 anni, ed una seconda a 25 con ulceri, bubboni ed orchite.

All'età di 38 anni un giorno improvvisamente, dopo aver bevuto un vermuth, vomitò una boccata di sangue di color rosso vivo; questo fatto si ripetè 20 giorni più tardi senza che il paziente nè la prima nè la seconda volta avvertisse alcun fenomeno particolare. In questo tempo non ebbe mai tosse nè gastralgie; ma d'allora si manifestarono a poco a poco diminuzione dell'appetito, eruttazioni acide, dimagramento e dolore gravativo all'epigastrio. Nello stesso anno sofferse di pleurite di cui guarì, ma essendo residuati dei fatti sospetti all'apice polmonare destro venne consigliato a fare qualche viaggio di mare. Fece la vita del mare per due anni e mezzo e durante questo tempo migliorò assai, essendo ritornato l'appetito e scomparsi i dolori all'epigastrio. Dopo abitò Buenos-Ayres e colà in seguito ad una malattia febbrile che durò 14 o 15 giorni cessò nuovamente l'appetito. Due anni or sono ritornò in Italia triste, anoressico, con continui dolori all'epigastrio esacerbantisi dopo i pasti. A questi disturbi si aggiunse in questi due ultimi mesi un senso di bruciore allo stomaco intenso e che si manifestava anche a digiuno. Alvo regolare.

In queste condizioni si recò a consultare il Direttore della Clinica che lo fece intervenire all'ambulatorio per lo studio e per la cura.

Le condizioni generali dell'ammalato sono discrete. L'esame obbiettivo fisico accurato degli organi non rivela alcun fenomeno degno di nota nemmeno nell'apparato respiratorio. Le orine sono normali.

L'esame funzionale dello stomaco (1) dà i seguenti risultati:

1° A digiuno lo stomaco non contiene liquido, ma nell'acqua di lavatura che fuoriesce limpida, incolora, si scorgono insieme ad un discreto numero di fiocchi di catarro, vari frustoli di una sostanza molle, di colore rosso sangue, di varia grandezza, raggiungendo i più grandi il diametro di $^1/_2$ centimetro. Esaminati al microscopio questi frustoli si riscontrano tutti costituiti da pezzetti di mucosa gastrica: si vedono infatti distintamente i tubi ghiandolari tappezzati dalle cellule caratteristiche. Questi frammenti comprendono soltanto la mucosa e non tutto quanto lo strato della medesima; alla loro periferia notasi un'evidente infiltrazione di globuli sanguigni;

2° L'esame chimico del contenuto stomacale estratto 1 ora dopo il pasto di prova di Ewald dà il seguente risultato:

Reazione leggermente acida
Acidità totale indosabile
Reazione dell'acido cloridrico negativa
» » lattico »
» dei peptoni »

3° La motilità dello stomaco, saggiata col pasto di prova di Lecche è normale.

Tutte queste prove ripetute varie volte dettero sempre un identico resultato. Mi preme sopratutto di far notare che nell'acqua della lavatura praticata a stomaco digiuno, e precisamente quasi sempre nelle prime porzioni dell'acqua che fuorusciva dalla sonda molle, si riscontrano costantemente dei pezzi di mucosa del tutto simili a quelli sopradescritti. Si fa diagnosi di ulcerazione gastrica, ed avendo l'ammalato in addietro presentato fenomeni sospetti di tubercolosi pulmonare, nel dubbio che si potesse trattare in questo caso di un'ulcera gastrica tubercolare, quantunque attualmente nell'infermo non sia dimostrabile alcun fatto di tale intezione, si fece un innesto in una cavia di un pezzetto di mucosa estratto dallo stomaco. Il resultato dell'esperimento fu negativo.

(1) Per questo esame venne sempre usata una sonda molle e non si fece mai uso di aspirazione o dell'espressione. Il sondaggio veniva fatto con facilità e senza sforzi per parte dell'ammalato.

Si prescrisse all'ammalato una dieta conveniente e si sottopose alla cura del magistero di bismuto ad alti dosi, secondo Flenier. I buoni effetti di questo metodo curativo non si fecero aspettare, poichè dopo pochi giorni non solo si ebbe la scomparsa dei fenomeni subiettivi, ma nell' acqua delle lavature gastriche praticate successivamente a digiuno, i pezzetti di mucosa si fecero a poco a poco più scarsi finchè scomparvero del tutto. Il chimismo gastrico però rimase immutato.

2° Caso.—A. M. cameriera di anni 21, nubile, entra in clinica il 29 marzo 1899. Gentilizio immune; nell'infanzia le solite malattie; a 19 anni bronchite per cui tenne il letto 15 giorni lasciando l'inferma facilmente tossicolosa. Da quell'epoca soffre di disturbi gastrici caratterizzati da senso di peso all'epigastrio, anoressia, nausea, non vomiti, talora pirosi ed eruttazioni acide dopo i pasti, cefalea frontale. L'alvo è regolare. L' ammalata racconta che l'epigastrio diventa talora tumefatto, dolente spontaneamente e più ancora alla pressione e coi movimenti. Questo dolore si esacerba ad intervalli irregolari di 2-4 giorni senza alcuna causa nota.

L'inferma dice di essere alquanto dimagrata, ma le sue condizioni generali al momento della accettazione sono buone.

L' esame obiettivo non rivela alcuna anomalia negli organi toracici. L' addome è leggermente tumido; l' epigastrio è dolente alla pressione e spontaneamente sopra un punto assai circoscritto, situato a due dita trasverse al di sotto dell'apofisi ensiforme. Questo dolore è continuo e presenta dei periodi irregolari di esacerbazione. La pressione su tal punto aumenta talmente le sofferenze da strappare delle grida all' ammalata. Le orine sono normali. Il 30 marzo si fa la lavatura gastrica a stomaco digiuno.

Il sondaggio è facile e manca il riflesso faringeo; l'acqua di lavatura, che fuoresce senza aspirazione o manovre di espressione, è limpida e tinta leggermente in giallo dalla bile; contiene fiocchi di catarro in quantità discreta e vari frustoli tinti in rosso vivo, del diametro di una grossa lenticchia all'incirca, sottili, che esaminati al microscopio si rivelano per lembi di mucosa gastrica i cui tubi in massima parte si trovano frammentati; in mezzo ad essi esiste una notevole infiltrazione sanguigna. Non si riscontra traccia di sottomucosa. Si ripete questo esame per altre cinque volte ottenendo sempre un risultato identico.

Il 6 aprile si somministra all' ammalata digiuna il pasto di prova di Ewald che si estrae dopo un'ora. Il contenuto stomacale ricavato è acido con un'acidità totale di 0,9 °|₀₀; manca la reazione dell'acido cloridrico, è dubbia quella dell'acido lattico, positiva ma debole quella dei peptoni.

In mezzo alla poltiglia stomacale si trovano facilmente dei lembi di mucosa simile ai precedenti.

L'8 aprile si ripete la prova con questi risultati:

Reazione del contenuto stomacale legg. acido
Acidità totale 0,8 °|₀₀
Reazione dell'HCl negativa
Reazione acido lattico dubbia
Reazione peptoni positiva debole.
La motilità dello stomaco risulta normale.

I sintomi subiettivi perdurano immutati: molto vivo è il dolore epigastrico.

Il 10 aprile, previa lavatura gastrica a digiuno, si introduce nello stomaco un bicchiere d'acqua con 3 punte di coltello di ortoformio (1).

Dopo brevi istanti l'ammalata, stando nella posizione bocconi, avverte un intenso dolore bruciante all'epigastric in corrispondenza del punto dolente notato sopra; questo dolore diminuisce nelle altre posizioni e scompare a poco a poco quasi del tutto qualunque sia la posizione assunta.

In seguito a tutti questi fatti si fa diagnosi di una lesione di continuo sullo stomaco: si prescrive una dieta liquida prevalentemente lattea e si sottopone la malata alla cura del magistero di bismuto ad alte dosi. Soltanto dopo due giorni dall' inizio di tale cura l'inferma avverte uno spiccato miglioramento, comincia a farsi sentire l'appetito, il dolore epigastrico è attenuato e scompaiono i periodi di esacerbazione. Dopo otto giorni il miglioramento è notevolissimo. Si ripete la prova dell' ortoformio, si manifesta il dolore urente epigastrico ma con un'intensità mediocre. Dopo circa 15 giorni sono scomparsi i fenomeni subiettivi salvo un lieve senso di peso all' epigastrio. Dopo 20 giorni si fa lavatura a stomaco digiuno: il liquido fuoresce limpido, tinto in giallo dalla bile e con fiocchi di catarro, ma non si riesce a riscontrarvi, anche con un esame attento, il benchè minimo frustolo di mucosa. Dopo la lavatura si introduce nello stomaco la solita dose di ortoformio sospesa in 150 cent. d' acqua. Viene avvertito un senso di bruciore molto lieve soltanto nella posizione bocconi.

Il miglioramento va sempre più accentuandosi, tantochè dopo circa un mese di cura si licenzia la paziente come guarita. L'esame del

---

(1) Kindler recentemente (*Fortschrifte der Medicin*, n. 7, 1899) attribuisce all'ortoformio un valore diagnostico nei casi di processi ulcerativi gastrici. Nei casi di affezioni dolorose dello stomaco fa prendere l' ortoformio alla dose di 3 punte di coltello sospeso in un bicchiere d' acqua, poi fa cambiare di posizione al paziente in modo che il medicamento vada in contatto con tutta la superficie della mucosa gastrica sopratutto coi punti dolenti. Kindler asserisce che se trattasi di affezioni dolorose dello stomaco non ulcerative (catarro acuto e cronico, gastralgie clorotiche, crisi gastriche) il dolore non diminuisce, mentre invece scompare dopo circa 10 minuti se trattasi di processi ulcerativi (ulceri gastriche, cancro ulcerato). La scomparsa del dolore parlerebbe con sicurezza per un'ulcerazione; la persistenza di esso però non l'escluderebbe.

chimismo praticato il giorno antecedente alla sua uscita dalla clinica dà un resultato pressochè uguale a quelli sopranotati.

3ª Caso.—Il 3.º caso si riferisce ad un ufficiale di anni 44 con gentilizio immune e che non ha sofferto mai di alcuna malattia importante, salvo una lesione traumatica piuttosto grave all'arto inferiore sinistro, che esiste tuttora, in seguito a caduta da bicicletta. Il paziente è stato buon mangiatore e discreto bevitore di vino. Da qualche mese accusa disturbi gastrici consistenti essenzialmente in un dolore crampiforme all'epigastrio sopraveniente dopo i pasti. A questo dolore ha fatto seguito qualche rara volta nausea e scarso vomito di sangue rosso. L'appetito è diminuito ma non molto. L'alvo è regolare.

La costituzione robusta e l'aspetto florido dell'ammalato non farebbero supporre una lesione gastrica. L'esame obiettivo fisico è negativo, le orine normali.

Si fa la lavatura dello stomaco a digiuno con una sonda molle. Il riflesso faringeo è abbastanza vivo, ma il sondaggio riesce abbastanza facilmente stante la buona volontà e la pazienza dell'infermo. Coll'acqua di lavatura fuoriescono insieme a fiocchi di catarro vari pezzetti di mucosa di varia grandezza, sottili, tinti in rosso vivo. Il reperto microscopico è simile a quello descritto nei casi precedenti. Anche qui esiste una notevole frammentazione dei tubi ghiandolari con intensa infiltrazione di globuli sanguigni. Fra essi, non si riscontra traccia di sottomucosa o di *muscolaris mucosae*.

Il giorno seguente si fa la prova della motilità, la quale risulta normale.

Il 3° giorno l'ammalato mangia a stomaco digiuno il pasto di prova di Ewald che viene estratto dopo 1 ora. Fuoriesce una piccola quantità di poltiglia che ha una reazione neutra. Il pane del pasto di prova non presenta modificazioni di sorta; ha l'apparenza del pane rammollito nell'acqua. In mezzo alla poltiglia è facile scorgere dei pezzetti di mucosa identici a quelli sopradescritti.

Dopo qualche giorno si ripete la prova del chimismo che dà un resultato analogo.

Si fa diagnosi di ulcerazioni gastriche con anacloridria e si prescrive una dieta opportuna ed il bismuto ad alte dosi.

Non ho più avuto occasione di fare successivi esami, nè di seguire da vicino, il decorso, della malattia. ma l'ammalato migliorò subito.

(*Continua*)

MOVIMENTO DELLE CLINICHE FRANCESI

OSPEDALE DELLA CHARITÈ DI PARIGI

Prof. Potain.

1. ***Il cuore nei tubercolotici.***—In una donna, tubercolotica, il cuore, misurato con la percussione, oltrepassa di metà il suo sviluppo normale. Ora è conosciuto che il cuore dei tisici è abitualmente piccolo. L'Andral l'ha trovato piccolo nei $^2/_3$ dei casi, il Louis costatò sempre una diminuzione di volume. Ma, accanto ai cuori piccoli, se ne osservano dei grossissimi. Vi sono quindi delle variazioni considerevoli di cui bisogna studiar le cause.

Quando si tratta di cuori piccoli, la causa di questa diminuzione di volume è facile a dedursi, perchè nei cachettici il cuore dimagra come tutti i muscoli: i fasci muscolari diminuiscono così che vi ha una vera atrofia muscolare. Però, quando il cuore si atrofizza, esso si lascia distendere e lo si troverà voluminoso alla percussione. Ma bisogna pensare che in questi casi l'anemia è generale, vi è diminuzione della massa del sangue e di conseguenza l'azione del cuore diminuisce notevolmente. Ma la diminuzione del volume del cuore è lungi dall'attendere il periodo di cachessia per prodursi; un'altra causa consiste nella diminuzione della pressione arteriosa, fenomeno ordinario nei tubercolotici. Ne risulta che il lavoro del cuore è diminuito in grandi proporzioni. Questo abbassamento della pressione forse dipende dalla natura infettiva della malattia, come il Potain ed i suoi allievi hanno dimostrato per tutte le malattie infettive; per la tubercolosi è la tubercolina che ha questa azione particolare.

È dunque facile spiegare i casi in cui il cuore è piccolo nei tubercolotici. La questione è più complessa nei casi più rari in cui il cuore è voluminoso. Il cuore può esser grosso per un lavoro esagerato, prolungato, ciò che è raro, o perchè il cuore era malato anteriormente. Quando cardiopatia e tubercolosi coincidono, si tratta di una stenosi della arteria polmonare prodotta da un aneurisma aortico. L'endocardite, capitante in un tubercolotico. è rara. La stenosi mitralica, che sembra sfavorevole all'evoluzione della tubercolosi, coincide raramente. Si possono ancora riscontrare delle pericarditi, endocarditi, miocarditi bacillari; ma queste sono delle forme rare. Ma ciò che è meno raro nei tubercolotici è la sclerosi del miocardio e dell'endocardio, determinante con la stenosi mitralica la ipertrofia del cuore destro e dell'orecchietta sinistra.

Un'altra causa per l'aumento di volume risiede nella nefrite interstiziale, che non è rara.

In certi casi la dilatazione del cuore è prodotta dalla dispepsia; in questi malati la iper-alimentazione è pericolosa.

Infine, nei casi di sclerosi più o meno generalizzata del polmone con enfisema, si può avere come conseguenza la dilatazione del cuore.

2. *Endocardite ulcerosa.*—In presenza di una endocardite ulcerosa la diagnosi all'inizio e la prognosi, sono difficili a stabilire. Un uomo di 55 anni, soffrente un po' di stanchezza da un po' di tempo, entrò all'ospedale con oppressione, dispnea, un po' di febbre, polso debolissimo. Il cuore era molto di-

latato, perchè l'ottusità raggiungeva cmq. 184; all'ascoltazione si percepivano dei soffi di insufficienza mitralica. Lo stato generale era grave; il malato era abbattuto in uno stato stuporoso, progressivo. Egli morì il giorno stesso della sua entrata all'ospedale. All'autopsia si riscontrano tutte le lesioni dell'endocardite ulcerosa con rottura di una valvola aortica, ciò che spiegava l'intensità dei romori.

Si trattava di una di quelle forme di endocardite ulcerosa che decorrono rapidissimamente, producendo la morte in pochi giorni.

Nel maggior numero dei casi queste endocarditi sono consecutive ad una malattia infettiva, come il reumatismo, le infezioni uterine, intestinali, la dissenteria.

In questo malato non si trovò nulla che avesse potuto rischiarar l'etiologia. L'affezione si sviluppò progressivamente e, sembra, si trattasse di una forma primitivamente ed esclusivamente cardiaca.

La malattia essendo terminata con una eruzione erisipelatosa, è permesso di supporre solo che si trattasse di una forma di natura streptococcica.

In casi simili i segni locali non differiscono da quelli che si possono osservare nell'endocardite ordinaria. È lo stato generale che può permettere di stabilir la differenza.

La prognosi è quasi sempre fatale; non è raro vedere l'endocardite essere il punto di partenza di prodotti che porteranno l'infezione in tutte le parti dell'economia.

3. ***Dilatazione cardiaca da sforzo.***—Un malato con insufficienza aortica, con angina di petto, dovuta verisimilmente ad una stenosi poco accentuata delle coronarie, ha una dilatazione del cuore molto considerevole. Questa può stare in rapporto con lo stato della parete cardiaca, alterata com'è per l'affezione anteriore. Quest'uomo, che ebbe un'endocardite valvolare, non sofferse nulla fino a quando, per il suo mestiere, non fu costretto a fare dei grandi sforzi, ripetuti frequentemente. Questi sforzi anche in un sano possono determinare ciò che si dice un cuore forzato, varietà che si riscontra in certe malattie infettive. In certi soldati gli esercizi faticosi, ripetuti, bastano a produrre questo stato particolare del cuore.

Ma bisogna stabilire due gruppi di questa alterazione cardiaca: in uno essa é prodotta dalla fatica (cuore irritabile degli inglesi); nell'altro si hanno dilatazioni vere con alterazioni delle pareti.

Il cuore irritabile è frequente nei soggetti ereditari, e questa è una manifestazione interessante dell'eredità cardiaca. Nel secondo gruppo, in certi casi il cuore non può dilatarsi bruscamente, e si ha angina di petto; in altri la dilatazione ed anco la morte sopraggiungono dopo sforzi ripetuti. Talvolta, dopo sforzi ripetuti, si ha la dilatazione e l'ipertrofia, specie negli individui con cuore predisposto. Quando si tratta di un cuore perfettamente sano, l'organo ritorna, dopo un po' di riposo, allo stato normale; se, invece, esiste qualche tara, se il miocardio è stato toccato dalla tifoide, dalla malaria, dal reumatismo, ecc., la lesione diviene definitiva. Bisogna ricordarsi che l'eccesso di un lavoro continuo produce l'ipertrofia, ma non la dilatazione che non si produce se non quando vi è alterazione della fibra o dietro sforzi eccezionali.

Questa dilatazione si produce con più forte ragione se gli orifizi antecedentemente sono dilatati. Così non si comprende come l'Oertel abbia potuto imaginare il suo metodo di cura per le malattie di cuore. Però, per rendersi conto della sua utilità, bisogna riflettere che quando lo sforzo è proporzionale alla forza del cuore, questo può, sotto l'influenza dello sforzo, vuotarsi completamente. Questo sforzo è poi utile per la salute generale. Ma non bisogna però generalizzare questo metodo.

In questo malato l'insufficienza aortica non sarà modificata, perché è cicatriziale. La stenosi delle coronarie subirà forse qualche modificazione, poichè esistono spesso degli ispessimenti che possono risolversi più o meno completamente.

La dilatazione, infine, potrà essere modificata vantaggiosamente, perché essa non è legata all'insufficienza aortica. Occorre un riposo completo e assoluto, l'uso dei joduri a piccole dosi e per molto tempo. Contro gli accessi di angina sono indicati la trinitrina e la morfina.

Movimento biologico universale

1. Rosin si occupa della « **istologia normale e patologica delle cellule nervose** ». Per lo studio delle medesime egli afferma che il miglior metodo di colorazione é quello di Nissl, previo indurimento in formalina o anche in alcool: il nucleo delle cellule nervose non è colorato, come gli altri nuclei cellulari dai colori basici di anilina. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 33, 1899).

2. Sorrentino studia le « **alterazioni del sangue per diminuita o soppressa perspirazione cutanea** ». Dalle sue ricerche sperimentali crede si possa conchiudere: 1. Che negli animali verniciati le alterazioni del sangue sono tali da cagionare il disfacimento dei corpuscoli rossi e la eliminazione della emoglobina. 2. Che queste alterazioni si manifestano già allorchè solo un decimo della superficie del corpo viene preso in esperimento. 3. Che esse mostrano un carattere progressivo, da far pensare che dipendano da una sostanza accumulantesi nell'organismo. 4. Che la grande diminuzione nel numero dei corpuscoli rossi e della emoglobina, che si riscontra già dopo alcune ore dall'esperimento, debba ascriversi in parte al disfacimento dei primi, in parte allo stato ed alle nu-

merose emorragie capillari del parenchina degli organi. (*La Clinica medica italiana*, n. 6, giugno 1899).

3. Grawitz studia la **« degenerazione granulosa nei globuli rossi sanguigni »**. Già lo Schmauch aveva fatto notare alcuni corpuscoli endoglobulari negli eritrociti del gatto. Il Grawitz tali corpuscoli granulosi, ha osservati nei globuli rossi di individui anemici e in qualche malarico e crede che si tratti di una degenerazione granulosa. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 36, 7 settembre 1899).

4. W. I. Class creda di avere trovato il **« microbo della scarlatina »**. Egli ricorda i pretesi microrganismi specifici descritti dagli altri osservatori, ed assicura di aver isolato e coltivato dal sangue e dal secreto orale in alcuni casi di angina, un microbo speciale, di cui descrive la morfologia e che crede di poter distinguere bene dagli altri microrganismi noti finora. (*Medical Record*, n. 1504, 2 settembre 1899).

5. Neisser tratta della **« gonorrea e del matrimonio »**. Molte donne debbono la loro sterilità e i loro lunghi e interminabili catarri uterini alla goccetta, creduta scomparsa, del loro marito. Neisser ritiene che debba farsi uno scrupoloso esame microbatteriologico dell'urina dell'individuo che va a sposarsi, avendo già anche da molto tempo, avuta una blenorragia. L'esame deve ripetersi parecchie volte, avendo cura anche di esaminare l'urina dell' uretra posteriore. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 36, 5 settembre 1899).

6. Pace si occupa della **« pleurite doppia tubercolare con simulazione di carcinoma endoteliale (sinechia del pericardio ed asistolia).»** Conclude che 1.° La tubercolosi della pleura può simulare la forma di tumore, specie dell'endotelioma o cancro a corazza. 2.° Nel corso di una polisierosite tubercolare a localizzazione prevalentemente pericardica in seguito a sinechie e a degenerazione del miocardio, insorgono accidenti asistolici, da giustificare l'ipotesi di una forma cardiaca di polisierosite accanto alla forma cirrotica di Pick. (*La Clinica medica italiana*, n. 6, giugno 1899).

7. Sauder si occupa in un lungo articolo della **« cura chirurgica dell'isterismo. »** Egli ritiene che dopo di aver tentato tutti i mezzi di cura medica, bisogna ricercare attentamente quale parte dell'organismo sia maggiormente sede di disturbi e ricorrere ai mezzi chirurgici. In parecchi casi di isterismo grave eseguendo anche per due o tre volte la laparotomia, ha ottenuto infine la guarigione. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 36, 7 settembre 1899).

8. Krabbel riferisce un caso importante di **« estirpazione della milza per rottura sottocutanea della medesima. »** Trattasi di un ragazzo decenne il quale cadde da una altezza sull' addome. Ebbe un po' di vomito, ma non di sangue, e la coscienza era obnubilata. Trasportato all'ospedale non sembrava osservare alcuna lesione interna. Però dopo un paio d'ore il polso si faceva piccolo, il respiro raro etc. sintomi che facevano pensare ad una probabile emorragia interna, per cui si pensò di eseguire *ipso facto* la laparotomia e aperto l'addome si trovarono due pezzi di milza liberi nel cavo addominale, il resto aderente appena all'ilo, per cui si passò alla estirpazione. L'infermo ebbe salva la vita. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n. 36, 7 settembre 1899).

9. Schmid pubblica un **« caso di morte dopo l' iniezione endo-uterina di zinco »**. La soluzione di cui si era servito l'autore era titolata al 50 0|0. Per tre giorni dietro l' iniezione di un cmc. di tale soluzione non diede alcun disturbo, al quarto giorno si ebbero fatti di peritonite iperacuta seguita da morte. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Ginäkologie*, Bd. IX, fasc. 6).

10. Hofmann porta un contributo alla operazione dei **« fibromi duri della base del cranio »**, riferendo un caso clinico di un bambino di 7 anni il quale guarì perfettamente dopo l'estirpazione di tali tumoretti. (*Münchener klinische Wochenschrift* n. 36, 5 settembre 1899).

IGIENE ALIMENTARE

***Huchard* — PRINCIPII D' IGIENE ALIMENTARE**

L'uomo non muore, si uccide, diceva Seneca; e si uccide in rapporto con le raffinatezze della civilizzazione, con un regime alimentare contro natura, e la vita umana, che dovrebbe essere di un secolo, si è abbassata progressivamente sino a 40 ed anco a 35 anni. Per quel che riguarda il regime alimentare il Cuvier diceva che l'uomo pare fatto per nutrirsi principalmente di frutta. di radici e di altre parti succulente dei vegetali. Or noi cerchiamo di conservarci contro ogni regola di conservazione (Lévy). Infatti, bisogna tenere i piedi caldi con l'esercizio e la testa fresca con temperanza; invece facciamo l' inverso. Il nutrimento animale, che noi usiamo ed abusiamo, non è un nutrimento, è un avvelenamento continuo. Le prove di tal fatto vengono tolte dall' osservazione e dalla scienza pura.

Ecco: dopo un gran pranzo in cui ci siamo serviti di tutte le specie di carne, di carni marinate, stagionate ed appena cotte, cioè putrefatte, di vini e di bevande alcooliche, e di un solo piatto di legumi, la notte passa agitata, il risveglio è cattivo

e la dimani le forze muscolari e cerebrali sono considerevolmente attenuate. Altre volte si prova una fatica mattinale incomprensibile (fisica, morale, intellettuale): si è neurastenici; la causa si riscontra nell'alimentazione viziosa della vigilia.

Un animale è colpito da morte violenta, a titolo di carnivori noi ne mangiamo le carni, e qualche ora o giorno dopo, la putrefazione compie la sua opera: essa produce degli alcaloidi organici o ptomaine (Selmi, Gautier, Brieger), veleni potentissimi, di cui qualcuno ricorda la conicina, la veratrina, la nicotina, la stricnina, la muscarina.

Gli avvelenamenti acuti di origine alimentare non si contano più; interessanti sono però gli avvelenamenti alimentari acuti e continui, esagerati anco dall'ingestione della carne appena cotta, quasi cruda (l'esperienza avendo dimostrato che la forte cottura sopprime in parte l'azione nociva delle ptomaine), delle carni stagionate o marinate, della selvaggina di cui l'azione tossica è tanto più accentuata quanto più l'animale è stato affaticato per la corsa e per la paura. Qualche ptomaina della carne o dei pesci putrefatti, del formaggio vecchio è pericolosissima.

Però queste sostanze tossiche si trovano in dose infinitesimale nei nostri alimenti, ma vi si trovano e ciò basta per spiegare molte cose.

Gli errori e gli eccessi di alimentazione provocano certamente un gran numero di malattie e contribuiscono potentemente ad abbreviare la vita dell'uomo. Si è detto che con il buon vino per padre, la buona carne per madre e Venere per nutrice, si hanno dei bambini gottosi. Ma all'infuori della gotta, del reumatismo e del diabete, vi sono ancora malattie renali, gastriche, cardiache, vasali, scrofola e talvolta tisi pulmonare, rachitismo, emicrania, asma, nevralgie, molte affezioni della pelle, affezioni dentarie, malattie nervose e sovratutto la neurastenia che ogni giorno più guadagnano terreno. Queste malattie sono opera dell'uomo, che bisogna mettere con gli antichi in opposizione con quelle che sono l'opera dei nostri destini, come certe epidemie. Ed ancora queste sono dovute alla nostra ignoranza e trascuranza delle leggi dell'igiene.

L'umanità degenera per la statura e per i muscoli; i muscoli scompaiono e la statura si abbassa. Vediamo se può arrestarsi questa degenerazione. Si può arrestare questa degenerazione con un mutamento radicale nel modo di alimentazione ed è sovratutto il regime vegetale che dà i migliori risultati per la forza muscolare e per il lavoro intellettuale. Il ricco si nutre di pane bianco; ora questo è tanto meno nutritivo quanto più è bianco; quando nella sua fabbricazione si elimina la crusca lo si priva di una certa quantità di glutine e di fosfati calcari così utili per lo sviluppo delle ossa. Il Magendie ha visto che i cani nutriti con pane di crusca vivono più a lungo che con il pane bianco. Questo nutre meno e dà la costipazione.

La forza muscolare non si fa con la carne ma con il pane e con i grassi. I brodi, le gelatine, i succhi di carne presi in grande quantità introducono nell'organismo del potassio e del magnesio che sono inutili. Le bevande alcooliche lungi dal favorire la digestione agiscono invece sui suoi fermenti rendendoli inerti: bisogna a tal proposito ricordarsi di questo assioma: non si vive di ciò che s'ingerisce. ma di ciò che si digerisce. Per contro i grassi ed il regime vegetale sono i generatori della forza muscolare ed i produttori del calore animale. I cacciatori tirolesi mangiano grasso di bue che loro dà più forza della carne. Nella Grecia antica si allevavano gli atleti con noci, fichi, formaggi, pane grossolano, senza vino o bevande alcooliche. Il tunnel del San Gottardo ha potuto essere perforato grazie alla forza resistente degli operai italiani mangiatori di polenta. Agli Stati Uniti la ferrovia del Pacifico ha potuto essere costrutta da operai chinesi, che si nutrono di riso. In Inghilterra gli operai più forti vengono da Lancashire e da Jorkshire, deve si nutrono di pane, pudding, farina. Gli operai e battellieri egiziani si nutrono di melloni, cipolle, fave, lenti, datteri e grano-turco. Così ancora si nutrono i portatori di acqua ed i battellieri di Costantinopoli, i minatori del Chilì. Gli abitanti dell'Himalaya sono degli ercoli e non mangiano che riso. In Francia gli uomini più forti sono quelli della Corsica, del Limosino e della Bretagna che fanno ancora uso del regime vegetale. Vi sono popoli indiani che non mangiano se non riso ed arrivano a compiere 15-20 leghe per giorno in tre settimane. In Russia vi sono dei rudi lavoratori che faticano 16 ore al giorno e non vivono se non di legumi, latte, pane nero e agli, i soldati polacchi, che servirono nella guerra dell'Impero, che non si nutrivano se non di questo, erano intrepidi ed instancabili camminatori.

Non si pretende però di mettere l'umanità a pane ed acqua, nè si vuole far vivere 105 anni come il santo eremita Paolo, con poche radici e dei pezzetti di pane portati da un uccello divino. Ma il regime vegetale mitigato nel quale si fanno entrare i latticini, le uova, il formaggio giovane ed un po' di carne, è il nutrimento più sano per il corpo e per la spirito.

La salute perfetta risulta dall'equilibrio del bilancio degli introiti e degli esiti. La razione necessaria per riparare alle perdite quotidiane, può essere valutata, in 24 ore, a gr. 20 di azoto e 310 di carbonio. Ora queste due quantità sono raggiunte ed anco sorpassate in una razione alimentare composta di gr. 500 di pane grossolano, 500

gr. di lenti e gr. 50 di latte, ciò che equivale a gr. 24 di azoto e gr. 400 di carbonio.

Il mangiar carne, diceva Plutarco, non solo è contro natura al corpo, ma ancora per sazietà è per replezione, ingrossa ed ispessisce l'anima. Attraverso ad un corpo aggravato da carni estranee la chiarezza dell'anima si oscura. Queste presunzioni di Plutarco sono oggi confermate dai dati scientifici: il regime carneo non favorisce il lavoro cerebrale. Infatti, secondo i fisiologi, è il fosforo contenuto negli alimenti che gode il principale ufficio nella nutrizione intellettuale. I vegetali in genere contengono più acido fosforico degli alimenti d'origine animale. Dunque il regime vegetariano risana il corpo e la mente; e, contrariamente all'opinione comune, non sovraccarica lo stomaco poichè la digestione dei legumi si opera principalmente nell'intestino. Molti grandi pensatori e scrittori sono stati dei vegetariani: così Fontenelle e Chevreul che vissero più di 100 anni; Montyon, Bernardine Saint-Pierre, Franklin, Newton che morirono ad 85 anni e si nutrirono di pane, legumi, acqua, Voltaire, J. J. Rousseau, Michelet e quasi tutti i Padri della Chiesa.

Colui che fa poco esercizio deve mangiar poco, se mangia troppo è minacciato dall'apoplessia, gotta, renella, diabete, obesità, Dunque, bisogna che gli uomini di ufficio facciano molti esercizi muscolari.

All'infuori dei santi e dei padri della Chiesa. dell'apostolo Giovanni. dell'eremita Paolo, di sant'Antonio, che morirono a 98, 105, 113 anni, dei trappisti e dei certosini che soccombono quasi tutti in una vecchiezza avanzata si possono citare degli esempi di longevità notevole. J. J. Rousseau parla di Patrice O'Neil, nato nel 1647 e morto nel 1760 a 113 anni, sposato per la settima volta, nutritosi sempre con i vegetali. Al XVI secolo il celebre Cornaro che scrisse ad 80 anni la sua storia sotto il titolo di *Discorsi della vita sobria*, morì al di là di 100 anni, sottomesso al regime vegetariano più severo.

Così il regime vegetariano fa vivere più a lungo, perchè non consuma l'organismo, e perchè conferisce l'immunità per certe malattie, mentre il regime contrario le provoca.

Novecento anni prima di Cristo, Omero, ci dipinse la ferocia dei Ciclopi, mangiatori di carne e la dolcezza dei Lotofagi, mangiatori di loto. J. J. Rousseau dice che i popoli, grandi mangiatori di carne, sono in genere più crudeli e più feroci; la crudeltà dei selvaggi proviene dalla loro alimentazione carnea. Il Bertillon ha costatato con statistiche precise l'alto grado di criminalità nei popoli che abusano del regime carneo. I cani di guardia sono tanto più feroci quanto più sono nutriti con carne cruda. I porci, nutriti con carne, divengono cattivi, feroci, ed è questo l'origine della proibizione fatta ai Giudei da Mosè, il più grande igienista del mondo, di nutrirsi di carne di porco.

L'abuso del regime carneo produce certamente delle malattie cutanee; il regime vegeteriano dà freschezza e splendore al colorito. Le ragazze di Capri, sono graziose, fresche, amabili e gaie, perchè lavorano duramente e non mangiano che frutta e legumi. Nella storia degli Incas si narra che gli aborigeni del Chilì e del Perù erano degli uomini superbi e dolci; le donne si conservavano fresche fino al di là del 60° anno, epoca nella quale esse potevano ancora divenir madri. Edmondo About dipinge, in un viaggio sul Nilo, l'aspetto dei rozzi lavoratori delle rive del fiume: quegli uomini erano tante statue; gli scultori europei si lamentano di non poter trovare più dei modelli; perchè non vanno a cercarli sul Nilo? Antinoo vi guarda le capre, Apollo del Belvedere, Achille, il gladiatore lavorano al chadouck per cm.40 al giorno; questi uomini non mangiano che farina di mais o di sorgho male schiacciato tra due pietre.

Tali sono i vantaggi del regime vegetariano. Questo data da più di 2500 anni, da Pitagora, in ragione della sua credenza nella metepsicosi ed è stato raccomandato al principio della nostra èra da Seneca per evitare le morti alimentari.

Senza dubbio, dice l'Huchard non dobbiamo condannarci al regime dei certosini e dei trappisti, ma invece di dare, nella nostra alimentazione, la preponderanza alla carne, bisogna insistere sul regime vegetariano. Quelli che non vogliono sottomettersi a queste regime in maniera esclusiva, possono prendere la mattina latticini, cioccolatte o cacao al latte, un uovo; il mezzogiorno: un po' di carne e molti legumi; la sera: una zuppa magra e molti piatti di legumi, senza carne; poco o nulla vino; una tazza di caffé a mezzogiorno. Inoltre sono da raccomandare gli esercizii muscolari, il levarsi ed il coricarsi di buon'ora.

Questo abbozzo d'igiene alimentare è rivolto a chi vuol vivere per lungo tempo e sano. Se l'uomo vuol continuare ad avvelenarsi, mangi della carne ma si tenga sempre presente il motto di Voltaire: il regime val più della medicina, che è la traduzione libera di questo gioco di parole latino: *modicus cibi, medicus sibi.* (*Journal des praticiens*, n. 35, 2 settembre 1899).

TECNICA BATTERIOSCOPICA

Un metodo di colorazione doppia dei flagellati, funghi, spirilli, batteri e di alcune amebe.

Il metodo di colorazione che il dottor Ziemann (*Centr f. Bakteriologie s. a.* 1899) ha applicato, con

uon risultato, specialmente allo studio dei parassiti malarici è una modifica di quello ben conosciuto di Romanowsky: con la miscela di una parte di una soluzione concentrata e filtrata di bleu di metilene, e due parti di una soluzione di eosina all'1 per cento, otteneva preventivamente un terzo colore neutro, che aveva una speciale affinità per le reti nucleari cromatiche. La durata della colorazione doveva essere di due a tre ore, e secondo le ultime prescrizioni del Romanowsky anche di 24 ore.

La miscela dello Ziemann differisce da quella del Romanowsky specialmente per l'aggiunta del borace alla soluzione di bleu di metilene. Lo Ziemann prepara le due seguenti soluzioni:

1°. Bleu di metilene puro	gr.	1
Borace	»	2,50
Acqua	»	100
2°. Eosina	gr.	0,10
Acqua	»	100

aggiunge ad una parte della 1ª soluzione quattro parti della 2ª soluzione, ed ottiene così la sua miscela; la quale ha due grandi vantaggi: di colorare molto più rapidamente, in cinque minuti si ottengono ottimi preparati, e di dare risultati molto più sicuri e costanti, che non si ottengono col metodo del Romanowsky puro. La miscela dello Ziemann, colora la cromatina del parassita malarico in carminio violetto, il protoplasma in bleu, ed i corpuscoli rossi del sangue in rosa pallido.

FORMULARIO

Preparazione effervescente di chinina

Solfato di chinina	gr.	4
Acido citrico	»	10
Sciroppo semplice / » di corteccie d'arancio	ana »	10
Acqua distillata	»	10-20

10 gocce in 50 gr. d'acqua in cui si aggiunge un cucchiaino di bicarbonato di sodio.

Bonain.—Mentol-fenol-cocaina per l'otoiatria

1. Acido fenico cristalizzato / Mentolo / Cloridrato di cocaina	ana gr.	1
2. Acido fenico cristalizzato	gr.	1
Mentolo / Cloridrato di cocaina	ana »	0,50

Si imbeva uno stuello di cotone idrofilo in una di queste soluzioni anestesiche e s' introduca nel condotto uditivo.

NOTIZIE E VARIETÁ

La peste in Portogallo

Oporto, 12. — Ieri vi fu un solo caso di peste.

Il pensiero fotografato trasmesso e analizzato chimicamente

L'inglese Jugles Rogus sarebbe riuscito, secondo egli afferma, a fotografare il pensiero. Veramente tale scoperta si era già attribuita una volta al figlio di Edison; ma, poichè nulla è venuto a confermare tale notizia, si puó pure lasciare la paternità della scoperta al Rogus. Scoperta molto enigmatica, del resto, come si vedrà.

Il Rogus dunque fissava fortissimamente la propria attenzione sopra un oggetto che teneva innanzi agli occhi — per esempio una moneta o un francobollo — poi volgeva lo sguardo, pieno ancora di quell'intensa espressione, sopra una lastra fotografica, e questa ne rimaneva impressionata. Tre fotografi scienziati, Alberto Bouhay, Nicola Rosckilly e Roberto Goath, confermano nella *Photo-Gazette* il buon esito dell' esperimento. Ora lo scopritore, che nel citato giornale parla a lungo del suo trovato, così lo spiega. La sostanza grigia del cervello contiene fosforo in grande quantità. Ora il Rogus ammette che, nel nascere di un pensiero, la cellula di sostanza nervea, dalla quale questo è sorto, mandi una bolla fosforescente, per grandezza e intensità proporzionale al pensiero che l'ha prodotta. La particella di fosforo, portata in alto nel volo spirituale, darebbe poi origine ad un'onda luminosa che eccita la retina e la conduce ad accogliere l'immagine di questo pensiero.

Più importante e più scientificamente fondata della fotografia del pensiero, è la sua trasmissione elettrica, quale ce la descrive il prof. Menteson di Filadelfia nell'*Electrical Engine-ering*. Intorno al capo del soggetto da studiarsi si avvolge in parecchi giri un sottile filo metallico le cui estremità vengono congiunte a un galvanometro. Quando il soggetto forma un pensiero, l'ago magnetico del galvanometro si muove, e il movimento è più o meno pronunciato a seconda della grandezza dei pensieri

Così in avvenire non si dirà di un filosofo che ha idee geniali, ma che l' indice del suo galvanomentro segna un angolo molto forte. Mediante il suo apparato, che chiama *Telenons*, il professor Menteson spinge all'attività psichica anche persone di solito affatto spensierate!

Perfino di un' analisi chimica e del precipitato dei pensieri si è parlato. Uno spiritista, il professor E. Gates di Washington, annunzia nel periodico *L' Isis Moderne* l' analisi dell' attività cerebrale. Egli procede dalla premessa che la respirazione stia in intimo rapporto col pensiero. Partendo da tale concetto, il Gates tratta il fiato espirato sopra

una lastra di vetro con una combinazione di iodo, e ne conclude: Il dolore e l'ira danno un precipitato grigio; il pentimento un precipitato rosso, e la forte agitazione precipita in color bruniccio. Pei tre modi di analizzare e ritrarre il pensiero, certo questo delle idee iodurate, ha il più debole valore, mentre la trasmissione elettrica del pensiero — che fu anche applicata agli animali e dimostrò che la loro attività cerebrale fa muovere l'ago del galvanometro—posa indiscutibilmente su base scientifica.

Per chi lavora troppo

Uno scienziato di grido, il De Flery, dedica un lavoro a tutti coloro che vivono la vita del pensiero, giungendo alla conclusione che lo *sport* è l'unico rimedio per le neurastenie e dell' esaurimento cerebrale. Però quest'esercizio muscolare deve essere vario a seconda dei temperamenti, della forza fisica e del sesso degli individui, giàcchè un esercizio fisico, scelto senza criterio per riparare ed equilibrare il temperamento che produce nell'economia dell'organismo il lavoro cerebrale, potrebbe essere dannoso anzi che utile.

Non pertanto lo *sport* è necessario per conservare la salute, la freschezza dell'intelletto, la bellezza, la purezza delle linee e la regolare funzione degli organi vitali: cuore, polmone, stomaco.

Tutto sta, però, nello sceglier bene.

Vi sono persone le quali posseggono un temperamento d'azione, ma sono snervate dall'immobilità e dall' attenzione che il lavoro cerebrale richiede. Esse possono paragonarsi ad anime lucenti racchiuse in involucri turbolenti e sarebbero creature perfette, eccellenti nell'idea come nell'azione, se il caso non avesse loro assegnato nel mondo un lavoro esclusivamente intellettuale. Per esse lo *sport* non è solamente utile, ma necessario, e se quotidianamente spenderanno in un violento esercizio fisico l' esuberanza dell' attività loro, produrranno un lavoro intellettuale di migliore qualità. Potrebbero per esempio, fare della scherma; ma questa, oltre ad essere esercizio muscolare, è anche fatica cerebrale, per la grande attenzione che richiede, e non è quindi consigliabile. La scherma si raccomanda invece molto a quelli che non sciupano forze intellettuali e vivono la vita oziosa oppure professano certe arti cosidette liberali. Gli altri sceglieranno il *tennis*, il balio, le escursioni ciclistiche, Anche queste ultime però, se in città, richiedono molta attenzione per cansare i veicoli ed i pedoni; perciò bisogna scegliere le strade deserte della campagna, in guisa che non il cervello, ma solamente i muscoli si affaticano. Di tale ginnastica ne risentiranno grande benessere e perfino la loro produzione intellettuale ne guadagnerà in qualità e quantità.

Per gli altri, cioé quelli dotati non di temperamento sanguigno, ma nervoso ed anche linfatico, la scelta dello *sport* è ben più delicata e va fatta con maggiore oculatezza: poichè sono essi che hanno più prossima e certa la minaccia della neurastenia. Costoro devono preferire l'esercizio dall'aria aperta; ben inteso però che le lunghe passeggiate non vanno considerate come uno *sport* giovevole: siamo sempre al caso dello sperpero delle forze e bisogna evitarlo.

Adattatissimi invece il giuoco della palla e del *croquet*, l' uso moderato della bicicletta specialmente per gli uomini, ed il nuoto. Utilissima per entrambi i sessi e per gli organismi più deboli sarebbe l'equitazione, ma non è accessibile a tutti.

Infine fra gli *sport* messi a propria disposizione nel paese e nell'ambiente in cui si vive, ciascuno avrá cura di scegliere quello che metta in traspirazione il corpo, faccia agire i muscoli senza stancarli e tenga il cervello in uno stato di riposo ristorante.

Tutto questo, però era stato intuito dai più importanti produttori del secolo, molto prima del dotto libro del De Flery.

Non sono stati *sportman* Dumas, Hugo, Michelet? E non lo sono, forse ora Emilio Zola, Lorenzo Stecchetti, ed altri celebri lavoratori?

GAZZETTINO

ROMA. *Premio Lancisi.*—Il premio Lancisi, stabilito dalla Società Lancisiana degli ospedali di Roma, fu vinto dal dottor Fabio Rivalta, medico primario ad Osimo. Il tema era: Patogenesi e forme cliniche della peritonite tubercolare. La Commissione era composta dai professori Durante, Marchiafava, Rossoni e Mazzoni.

ROMA. *Stazioni sanitarie.* — É intendimento del Ministero dell'interno di provvedere alla istituzione di stazioni sanitarie nelle città marittime che ne sono ancora sprovviste. S' incomincerà da Catania il cui progetto é stato trasmesso al Ministero dei lavori pubblici.

NEPI. *Un'epidemia fra le truppe.* — L'ultimo periodo delle manovre è stato funestato da gravi incidenti.

A Nepi si è manifestato tra le truppe un'epidemia di vomito, con dolori viscerali acutissimi e convulsioni. Si ebbero sino a 90 colpiti al giorno.

L'ospedale da campo era insufficiente a ricoverare gli ammalati. Fortunatamente, si è avuto un solo morto.

Da una inchiesta eseguita dallo Stato Maggiore risulterebbe che l' epidemia è stata causata dalla mancanza di acqua potabile.

Poichè a Nepi sbucano gli scoli della conceria di pelli di Ronciglione, i soldati assetati, hanno bevuta di quell'acqua e ne è seguita l'infezione.

NAPOLI. *Un piroscafo in contumacia.* — Il piroscafo *Gottardo*, proveniente da Alessandria di Egitto, avendo a bordo un ammalato di febbre al-

tissima, fu inviato per eccesso di precauzione all'Asinara a scontarvi la contumacia più rigorosa.

NAPOLI. *La Lega Nazionale contro la tubercolosi.* — L'invito diretto dal Comitato napoletano alle signore nostre ha destato luminosi riverberi di pietà. L'adesione entusiastica, illimitata, parla in favore di questa nascente istituzione, che, non discostandosi dal campo pratico, potrà rendere un serio servigio. In questa gara feconda non del soccorso passeggiero, che a nulla giova, ma dei mezzi preventivi che impediscono lo sviluppo della più micidiale fra le malattie, lo spirito femminile può portare un contributo che gli uomini più volenterosi da soli non potrebbero dare. Associandosi fra loro le signore napoletane per un'azione concorde, duratura, continuativa può venirne opera che resti. Questi che può parere un augurio non è che la sintesi delle lettere giunte alla presidenza, nelle quali vibra la nota di azione, lo spirito operativo.

GENOVA, 11.—*In quarantena.* — Il piroscafo *Duchessa di Genova*, giunto ieri da Montevideo e Rio-Janeiro, con circa 500 passeggeri, non potè avere la libera pratica avendo avuto un morto di febbre gialla durante la traversata, e due passeggieri affetti dalla stessa malattia.

Venne mandato in quarantena all'Asinara.

PISA. *Contro la tubercolosi.* — Il Sindaco riunirà quanto prima la Commissione per gli studii sulla tubercolosi, volendo con amore interessarsi all'istituzione dei sanatorii.

SALERNO.—*Per la tubercolosi.* — Il Consiglio direttivo dell'ordine dei sanitari della provincia, presieduto dal prof. Luigi Signori, dopo animata discussione circa l'istituzione di un comitato per la cura della tubercolosi, rimandò ogni deliberazione in proposito, per formulare un questionario e discuterlo insieme alle proposte presentate dalla commissione centrale, nominata dell'assemblea generale facendo voti perchè affretti e adempia al più presto al mandato ricevuto.

PISTOIA. *All'Ospedale.*—Al posto di secondo medico chirurgo astante venne promosso il dott. Sirio Gianni.

NOVARA. *L'iniziativa per un sanatorio consorziale.*—L'on. Pietro Lucca, che si occupa con grande solerzia delle amministrazioni locali della sua Vercelli, ha avuto l'idea singolarmente felice, di prendere l'iniziativa per la fondazione di un sanatorio consorziale nella provincia di Novara. A tale uopo l'on. Lucca chiede alle Amministrazioni ospitaliere della provincia di Novara di convenire in un'adunanza plenaria per studiare l'argomento, concretare qualche preliminare accordo e gettare le basi della nuova istituzione.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

E. Mariotti. Ricerche sull' esame clinico del sangue. Estratto dall'*Arte medica* 1899.

E. Boncini. Delle iniezioni di siero artificiale nei lattanti prematuri e deboli. Estratto dal *Policlinico* 1899.

G. Gorini. Il controllo del vaccino mediante le inoculazioni corneali. Roma, Tipografia delle Mantellate 1899.

V. Acquisto. Sul decorso spinale delle fibre radicolari posteriori. Estratto dal *Monitore zoologico italiano* 1899

U. Calamida. Resoconto statistico della sezione otoiatrica del Policlinico generale di Torino dal 1 giugno 1895 al 31 dicembre 1898. Estratto dall'*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia* 1899.

U. Calamida. Sulla presenza di corpi fuxinofili e forme blastomicetiche nella tonsilla faringea. Estratto dal *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino* 1899.

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un'annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

L'INTERVENTO CHIRURGICO NELL' ULCERA GASTRICA

Il trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica costituisce una branca relativamente nuova della chirurgia, essendosi fatta la 1ª operazione nel 1881; ma d'allora sono state riferite parecchie centinaia d' operazioni per perforazione di un'ulcera gastrica.

In tempi più recenti l'operazione è stata anche proposta ed eseguita con successo in casi non perforanti, ribelli alla cura medica o accompagnati da grave emorragia.

L'importanza dell'argomento si rileva dalla statistica di Ewald, dalla quale risulta che l'ulcera gastrica colpisce il 5 0[0 delle persone. La perforazione ha luogo nell' 1,2–12 0[0 di tutti i casi, l' emorragia nel 45 0[0 ed è responsabile della morte nell' 8 0[0 dei casi nei quali si verifica.

È necessaria l'operazione in parecchie complicazioni differenti dell'ulcera gastrica.

Essa s'impone in tutti i casi di perforazione dell' ulcera nella cavità peritoneale generale, è necessaria anche nei casi di emorragie lievi o profuse che si ripetono frequentemente.

La perforazione ha luogo comunemente alla superficie anteriore, ma può però aver luogo alla posteriore ovvero a tutte e due, in altri casi s'è trovata alla piccola curvatura ed al piloro. In 90 casi, di cui 47 appartengono a Bidwell (*American Journal of the medical Sciences*, n. 329, settembre 1899) e 43 a Comte, la sede dell'ulcera fu 64 volte alla parete anteriore, 16 alla posteriore, 1 ad entrambe, 6 alla piccola curvatura e 3 al piloro.

I sintomi, che guidano alla diagnosi d' una perforazione, sono in breve i seguenti: notizie anamnestiche di cure precedenti per ulcera gastrica e di pregresse ematemesi, assalto brusco del dolore, shock intenso, rigidità lignea delle pareti addominali e presenza di una zona sensibile sullo stomaco, diminuzione o scomparsa dell'ottusità epatica, presenza di liquido libero nella cavità peritoneale.

Nei casi di perforazione della superficie posteriore dello stomaco i sintomi sono meno spiccati; lo shock ed il dolore addominale sono maggiori, ma, siccome la piccola cavità peritoneale resta staccata dalla cavità peritoneale generale per aderenze, non vi sarà in tali casi alterazione dell'ottusità epatica e probabilmente non vi saranno segni di liquido libero nell'addome. Non havvi affatto dubbio sull' importanza d'una diagnosi precoce nei casi d'ulcera perforata, giacchè la prognosi dopo l' operazione dipende direttamente dalla lunghezza del tempo scorso fra il prodursi della perforazione e l'operazione. Questo fatto risulta fino all'evidenza da una statistica di 55 casi messi insieme da Bidwell e da un'altra di Comte, che comprende 65 casi.

Passando alla descrizione dell'atto operativo, bisogna aver cura di ridurre al *minimum* lo shock prodotto dall' operazione, avendosi già lo shock della perforazione. L' infermo deve tenersi caldo. Un clistere d'acquavite è spesso da raccomandarsi prima dell' operazione, ed eventualmente l'iniezione intravenosa d'un paio di mezze bottiglie di soluzione salina normale.

Non possono adoperarsi mezzi molto energici per rendere asettica la pelle dell'addome, a causa della grande sensibilità, ma può lavarsi cautamente con sapone ed acqua; quando poi il paziente è sotto l'influenza dell' anestesia, allora si spazzola energicamente la pelle, poscia la si friziona con terebentina e finalmente con una soluzione al 5 0[0 d'acido carbolico. Si pratica un'incisione della lunghezza di 3 pollici nella linea semilunare sinistra, o nella linea mediana sopra l'ombelico. Bidwell preferisce la prima.

All'apertura del peritoneo, sfuggono d'ordinario dei gas, del contenuto gastrico e liquido purulento, se l' ulcera ha perforato la superficie anteriore dello stomaco. Si va allora alla ricerca della perforazione, la quale può trovarsi circa verso il centro della superficie anteriore dello stomaco o in vicinanza dell'estremità pilorica o della piccola curvatura. In ciascuna delle due ultime posizioni sarà più o meno nascosta dal fegato, ma un po' di linfa ed adesioni recenti in questa posizione indicheranno d'ordinario la sede della lesione. Nei casi, in cui havvi stravaso del contenuto gastrico, si staccano le aderenze, ed allora l'ulcera si renderà visibile o si toccherà col dito. Dopo d'avere spugnato il contenuto gastrico, la parete dello stomaco, in vicinanza dell' ulcera, deve portarsi in avanti quanto più è possibile, afferrando i margini dell' ulcera. Non

debbono farsi tentativi di escidere l' ulcera, ma essa dev'essere invaginata e la parte adiuvante della parete gastrica deve portarsi insieme su di essa col mezzo d' una o due suture di Halsted o di Lembert.

Le suture debbono passare ad una distanza considerevole dall' ulcera. Si lava poi abbondantemente la cavità peritoneale con soluzione salina normale, e se il contenuto gastrico ha raggiunto la parte inferiore dell'addome, sarà necessario di praticare una contro-apertura sopra il pube e di lavare lo spazio di Douglas. Deve aversi la precauzione di lavare perfettamente la superficie superiore del fegato e la regione della milza, onde prevenire la formazione d'un ascesso sub-frenico.

Espletato il lavaggio addominale, s'inserisce nell'incisione superiore un tubo a drenaggio di gomma ed un drenaggio di garza si colloca nel sito della perforazione, chiudendo il resto della ferita nella guisa ordinaria; infine si colloca un tubo a drenaggio di vetro nello spazio di Douglas attraverso la contro-apertura praticata al di sopra del pube. Se coi segni di perforazione non si trovano stravasi nella cavità peritoneale generale, ma havvi un po' d'iniezione peritoneale, deve sospettarsi la rottura di un'ulcera alla superficie posteriore dello stomaco; a raggiungere ciò, dopo d'avere chiusa la cavità generale per mezzo di spugne, si gira l' omento gastro-colico. Se non vi hanno segni di stravaso nella piccola cavità, allora è a ritenersi che non ha avuto luogo alcuna perforazione o che si sono già formate sode aderenze. Se havvi stravaso, bisogna ricercare l'ulcera, e, trovatala, la si sutura dopo invaginazione; poscia si lava cautamente la piccola cavità, avendo cura speciale di pulire radicalmente la porzione al disopra e al didietro del fegato.

La cavità peritoneale generale non si sarà probabilmente sporcata, e quindi non richiederà di venire lavata. Si chiude allora la ferita, ad eccezione del tubo a drenaggio nella piccola cavità. In entrambi i casi l'operazione deve espletarsi quanto più rapidamente è possibile, per ridurre al minimo lo shock. Dopo l'operazione il paziente dev'essere nutrito con clisteri nutritivi e suppositorii per i primi tre-quattro giorni. Il drenaggio di garza ed il tubo sopra-pubico debbono rimuoversi alla fine del 3° giorno, quello di gomma dev'esser lasciato ancora per pochi giorni. Se dell'aderenze si sono formate prima della perforazione, possono essersi stabilite comunicazioni col colon, col pericardio sull'intestino tenue, ovvero un ascesso localizzato che sarà probabilmente in una delle due posizioni, ma in entrambi i casi è denominato sub-frenico. Nella perforazione della superficie anteriore dello stomaco l' ascesso si forma prima tra lo stomaco e la superficie inferiore del fegato e poi, se è impedito dalle aderenze di passare nella cavità peritoneale generale, passa fra il fegato e il diaframma e forma un tumore precisamente sotto l'arco costale. Nella perforazione della superficie posteriore dello stomaco l'ascesso si forma dapprima fra lo stomaco e la superficie anteriore del pancreas e del duodeno, passa poi verso sopra fra la superficie posteriore del fegato ed il diaframma, e, se viene alla superficie, lo sarà fra lo stomaco ed il colon trasverso; può però perforare nel torace, formando un piopneumotorace. Se l'una o l'altra di queste due forme costituiscono un' intumescenza nell' addome, è meglio di aprirle nella linea mediana quanto più in alto si può; nella varietà anteriore l' ascesso s' aprirà subito; nella varietà posteriore sarà necessario di lacerare l'omento gastro-colico onde raggiungere l' ascesso. In entrambi i casi si colloca un tubo a drenaggio, a la lavatura deve eseguirsi con grandissime precauzioni, per evitare la rottura delle aderenze. Nei casi in cui non esiste tumefazione addominale, ma havvi ottusità sulla regione costale inferiore, l'ascesso si raggiunge meglio colla resezione dell'8ª e 9ª costa nella linea ascellare; la pleura viene ordinariamente aperta, ma la pleura diaframmatica si sutura colla costale prima della divisione del diaframma. L'ascesso poi si preme dall' incisione.

Di 55 casi operati per ulcera gastrica, messi insieme da Bidwell, 33 guarirono, il che dà una percentuale di mortalità del 40 0|0.

L'altra indicazione per l' operazione è l' emorragia. Quantunque questa abbia luogo nel 30-45 0|0 di tutti i casi di ulcera gastrica, soltanto un piccolo numero richiede l' operazione. Quando l'emorragia è lieve e non frequente, o quando, sebbene grave, non si ripete, è meglio lasciare il caso alla cura medica, d'altro canto deve evitarsi di far divenire l' infermo molto debole ed anemico prima di ricorrere all'intervento chirurgico.

In queste condizioni, havvi una larga scelta d'operazioni; fra queste debbono menzionarsi la resezione dell'ulcera, la marsupializzazione intorno all'ulcera senza escissione, la gastroenterostomia e, quando l'ulcera comprende il piloro, la piloroplastica e la pilorectomia. La resezione si tenta oggi raramente per la sua alta mortalità. Il 2° metodo è da preferirsi ed è stato seguito da grande successo: la gastroenterostomia mira a dare un riposo completo all'ulcera alleviando lo spasmo pilorico e mettendo così una fine alla dilatazione dello stomaco, con consecutiva distensione della base dell'ulcera; il 4° e 5° metodo sono stati adoperati con successo quando l'ulcera ha invaso il piloro, ma sembra ch'essi siano due operazioni piuttosto gravi anche in questi casi.

Nei casi d'emorragia Bidwell raccomanda che dopo la laparotomia si apra lo stomaco e si svuoti del suo contenuto. Se si vede un'ulcera, e la sua base non è stretta da aderenze alle parti vicine, dev'essere circondata da una sutura a borsa di tabacco in modo da stringere la sua base.

Se l'ulcera è aderente, non deve suturarsi, ma deve eseguirsi la gastro-enterostomia: se

non si vede ulcera, s' estroflettà lo stomaco a guisa d'un dito di guanto e si pratichi la ricerca di possibili abrasioni superficiali, le quali, quando si trovano, vengono circondate da una sutura a borsa di tabacco. Fra 21 casi d'operazione per emorragia, messi insieme da Bidwell, s'ebbero 8 guarigioni e 13 morti, cioè una mortalità del 61,9 0[0.

Nei casi, in cui hanvi dolori gravi e vomito ribelle a qualsiasi cura e che producono emaciazione progressiva, il miglior atto operativo a scegliere è la gastro-enterostomia, per dare riposo fisiologico all'ulcera.

L'occorrere della dilatazione dello stomaco in casi d' ulcera gastrica è ammesso da tutti, e l'operazione da fare in questi casi è la gastro-enterostomia o, se il piloro è affetto, la piloroplastica o pilorectomia.

L'ultima condizione, nella quale può essere richiesta l'operazione, è quando si sono formate, dopo la cicatrizzazione di un'ulcera gastrica, delle aderenze fra lo stomaco e gli organi vicini, come fegato, milza, colon trasverso, omento, intestino tenue o la parete anteriore dell'addome. La cura consiste nell'aprire l'addome nella linea mediana e nell'esaminare la superficie dello stomaco; se aderenze esistono fra l'omento e lo stomaco, l' omento s' incide fra due ligature; se esistono aderenze con altri organi, è meglio staccarle col dito. La mortalità di quest' operazione dev' essere praticamente nulla.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale della R. Università di Torino diretta dal prof. C. BOZZOLO

SULLA GASTRITE ULCEROSA CRONICA ANACLORIDRICA

Dott. Luigi Sansoni, Aiuto della Clinica e docente di patologia speciale medica

(*Cont. — V. num. prec.*)

La diagnosi di ulcerazione gastrica in questi tre casi non è dubbia. Già i sintomi riferiti dagli ammalati parlano per essa. Nel 1° caso con molta probabilità, e nel 3° con sicurezza, si sono avute delle ematemesi. Nel 2° caso il risultato della prova dell' ortoformio sarebbe, secondo Kindler addirittura dimostrativo. In tutti e tre poi avrebbe una speciale importanza il risultato favorevole della cura. Ma il sintoma capitale può dirsi assolutamente patognomonico, e consiste nella presenza costante di pezzetti di mucosa gastrica riscontrati nell'acqua di lavatura a stomaco digiuno e nella loro scomparsa non appena i fenomeni di ulcera si dileguarono. Sopra questo reperto e sulla sua importanza diagnostica io ho richiamato due anni or sono l'attenzione dell' Accademia di Medicina di Torino. Da quell' epoca ho raccolto ancora dei fatti i quali mi hanno assolutamente convinto che *la presenza costante di pezzetti di mucosa nell'acqua della lavatura gastrica a digiuno parla con assoluta certezza per un processo ulcerativo dello stomaco.* Ma sopra questo argomento il sig. Poggio, allievo della clinica, sta preparando un lavoro, che presenterà come tesi di laurea, col quale viene stabilito che i pezzetti di mucosa, che si estraggono coll'acqua di lavatura dallo stomaco, non vengono sempre strappati colla sonda, come pretende qualcuno, ma preesistono nel maggior numero dei casi nella cavità gastrica e significano effettivamente una soluzione di continuo della mucosa stomacale.

Stabilita quindi nei nostri tre casi la dia gnosi di ulcerazione gastrica, e su questo punto non si ha dubbio alcuno, resta a vedere di qual forma di ulcerazione si tratta.

Ad un esame superficiale dei casi soprariferiti, avuto riguardo esclusivamente ai dati anamnestici, si sarebbe facilmente indotti a diagnosticare un'ulcera rotonda. Ma a questa diagnosi fanno contrasto alcuni fatti e più importante fra questi, l' anacloridria costante riscontrata in tutti e tre i casi e che evidentemente dimostra in essi l'identica natura del processo.

L' osservazione concorde di tutti gli autori che si sono occupati in modo speciale di affezioni gastriche (V. d. Velden, Riegel, Gehrardt, Boas, Ewald, Gluzinski e Jaworski, Bouveret ecc. ecc.) ha ormai dimostrato che in questa affezione esiste pressochè costantemente una iperacidità cloridrica con o senza ipersecrezione; anzi sull'eccesso di secrezione è basata appunto una teoria sulla patogenesi dell' ulcera rotonda che raccoglie oggigiorno il maggior numero di partigiani. Non mancano però le osservazioni di ulcera con acidità cloridrica normale o subnormale e persino con anacloridria; queste osservazioni costituiscono però sempre dell'eccezioni e resta poi a vedere se realmente in questi casi trattasi sempre della vera ulcera peptica o non piuttosto di ulcerazioni di altra natura. Del resto l'ipo- o l'anacloridria sono ancora suscettibili di spiegazione in alcuni casi di ulcera. Bouveret, avendo avuto l' occasione di osservare a lungo alcuni casi di ulcera, ha fatto notare che per un periodo di tempo più o meno lungo può mancare l'acido cloridrico nel contenuto

stomacale, e fra le cause di questa interruzione annovera il grande indebolimento dell'ammalato, l'incessante ripetizione dei vomiti, l'anemia consecutiva alle gastrorragie, cause queste che devono assolutamente escludersi nei nostri 3 casi. Korcziwski e Jaworski ammettono che il disordine secretorio possa scomparire colla scomparsa dei sintomi dell'ulcera ed insistono giustamente nel tener conto dello stadio in cui l'ulcera cade sotto l'osservazione. La gastrite iperpeptica difatti può farsi, in un periodo ulteriore, mucosa ed anche atrofica per cui, a seconda che predomini l'una o l'altra di queste forme di gastrite, il chimismo gastrico deve risultare diverso.

Krokiwicz ha riferito un caso nel quale esistevano i sintomi classici dell'ulcera (ematemesi, melena, dolore e bruciore epigastrico, ipercloridria); dopo 4 settimane circa di una cura appropriata l'infermò migliorò assai, ma questo miglioramento non durò a lungo poichè dopo pochi giorni si manifestarono nuovamente gli stessi fenomeni con notevole scadimento delle forze. L'esame chimico del contenuto stomacale dimostrò questa volta l'assenza completa dell'acido cloridrico per cui l'autore pensò ragionevolmente che sul fondo dell'ulcera si fosse impiantato un carcinoma. L'infermo morì con sintomi di esaurimento dopo circa 2 mesi dall'entrata nell'ospedale, e alla autopsia vennero riscontrate 3 ulceri delle stomaco, una al cardias, una alla piccola curvatura, una terza presso il piloro; assenza di carcinoma.

Questo caso sarebbe una conferma di quanto asserisce Bouveret, ma non potrebbe in nessun modo portarsi ad esempio per spiegare la anacloridria nelle nostre tre osservazioni, supposta in esse un'ulcera rotonda.

Successivamente lo stesso Autore ha publicato un altro caso concernente una donna di 40 anni che presentava disturbi gravi gastroenterici e segni di tubercolosi in ambedue i polmoni. Nel contenuto dello stomaco, estratto dopo una razione di prova, venne riscontrato l'acido cloridrico. Alcuni giorni più tardi, essendosi aggravate le condizioni dell'infermo, scomparve la reazione cloridrica dal contenuto gastrico mentre esisteva quella dell'acido lattico. La diagnosi fu formulata così: neoplasma latente dello stomaco, ematemesi, linfadenite cronica, infiltrazione tubercolare degli apici, enterite cronica, cachessia universale, anasarca. All'autopsia si trovarono nello stomaco ulceri rotonde multiple (30), tubercolosi polmonare ed intestinale, degenerazione grassa del fegato e dei reni, grave anemia generale. L'autore crede che la scomparsa completa dell'acido cloridrico libero si verifichi probabilmente quando nello stomaco esistano parecchie ulcere rotonde e che essa è segno di morte imminente.

Parkinson dice che la mancanza dell'acido cloridrico si riscontra nel terzo dei casi di ulcera gastrica; ma egli soggiunge che ciò si verifica negli ultimi stadi della malattia. Bisogna inoltre vedere su quali fatti egli ha potuto formulare la diagnosi di ulcera rotonda: non è impossibile che nei casi in cui venne riscontrata anacloridria si trattasse di ulcerazione di altra natura e non della vera ulcera peptica.

Senza quindi voler negare che in questa malattia, principalmente per le ragioni adotte da Bouveret e da Korcziwscki e Jaworski, possa esistere ipo- od anche anacloridria, è certo che questa evenienza costituisce un'eccezione, mentre invece il legame fra ulcera peptica ed eccesso di secrezione non può essere contestato.

L'anacloridria, in contrasto coll'aspetto florido dei nostri ammalati, sarebbe già sufficiente a fare escludere l'ulcera rotonda; ma essa acquista ancora maggiore importanza se la mettiamo in rapporto con altri fatti riscontrati in essi. Si sa che l'affezione di Cruveilhier ha una tendenza alla cronicità e la scomparsa dei fenomeni morbosi in essa non avviene con quella facilità e rapidità che abbiamo osservato nei nostri casi. L'ulcera rotonda inoltre ha tendenza ad estendersi in profondità ed è spesso isolata; ora in tutti e tre i nostri casi abbiamo sempre costatato nell'acqua di lavatura numerosi lembi di mucosa i quali attestano che le lesioni di continuo dovevano essere multiple. La sottigliezza poi di questi lembi, che interessavano solo una parte della mucosa, mentre insieme al numero ci fa escludere che essi sieno stati strappati colla sonda, dimostra anche la superficialità delle lesioni corrispondenti in evidente contrasto con quanto si suole osservare nell'ulcera rotonda tipica, la facilità colla quale si ebbe la scomparsa dei fenomeni morbosi e la mancanza altresì di questi medesimi lembi nelle lavature successive.

Ammesso dunque che nei 3 casi soprariferiti

si tratti di una lesione di continuo della mucosa gastrica, ma non di un'ulcera rotonda, e su questo punto non mi pare che esista dubbio, resta a dimostrare a quale forma di ulcerazione appartiene quella di cui ci occupiamo, Possiamo subito escludere nei nostri casi due forme specifiche di ulcerazioni gastriche; la sifilitica cioè e la tubercolare: la prima perchè non esisteva, nè aveva mai esistito in alcuno un' infezione celtica e perchè la scomparsa dei sintomi si ottenne rapidamente senza ricorrere ad una cura antisifilitica; la seconda, sia pei risultati favorevoli della terapia intrapresa, sia inoltre perchè l' ulcera tubercolare dello stomaco è di un' estrema rarità, sia infine perchè nei nostri ammalati non esistevano sintomi di tubercolosi in nessun organo, e nel 1° caso, nel quale si poteva sospettare una tubercolosi latente, l' innesto di un pezzo di mucosa in una cavia dette un risultato negativo.

La mancanza assoluta di cachessia, l'aspetto florido dei nostri ammalati, l' assenza di un tumore all'epigastrio colla palpazione accurata, l'assenza di acido lattico nel contenuto stomacale, e sopratutto la facilità e la rapidità con cui si ottenne la scomparsa dei fenomeni morbosi, ci permettono di escludere senz'altro nei nostri casi la diagnosi di ulcera cancerosa, malgrado l'anacloridria. *(continua)*

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE NECKER DI PARIGI

Prof. Huchard

Degenerazione ed adiposi cardiaca

Alcuni autori s' indugiano ancora a descrivere una miocardite cronica grassosa o granulo-grassosa. Ora la miocardite granulo grassosa primitiva non esiste. Esistono indubbiamente delle degenerazioni granulo-grassose secondarie nel corso delle miocarditi o dell'arterio-sclerosi del cuore, ma non se ne può fare una forma clinica distinta, e con più forte ragione una malattia speciale e sovratutto infiammatoria. Il Peter dice che il cuore in essa è doloroso alla pressione; egli parla di dolori retrosternali ed angoscianti, di dispnea, di polso rallentato o accelerato, d'accidenti nel campo del vago, di accessi sincopali o comatosi e pseudo-apoplettici, ecc.

In questa sintomatologia ci sono sintomi dovuti all'endoarterite coronaria, all' impermiabilità renale, alla sclerosi bulbare. Vi si scorge la confusione tra degenerazione granulosa della fibra cardiaca e l'infiltrazione, che si traduce con il rallentamento del polso, la debolezza delle contrazioni cardiache, la frequenza degli accidenti lipotimici e la respirazione di Cheyne-Stokes.

Questo argomento del *cuore grasso* (degenerazione grassa del miocardio) e del *cuore polisarcico*), (sovraccarica adiposa del cuore) dev' essere riassunto.

La degenerazione grassa del miocardio non è una infiammazione, ed il termine miocardite, usato dal Peter è improprio. Essa è rarissima e capita per azione di tossici (alcool, fosforo, arsenico, acido solforico, ecc), di infezioni (febbre, atrofia gialla acuta del fegato, puerperismo infettivo, ecc.), di discrasie (tisi, suppurazioni ossee, carcinosi, diabete, gotta, anemia, specie post-emorragica). Infine sono state invocate le lesioni delle coronarie. Questa degenerazione è spesso più apparente che reale, giusta i reperti del Pigeaux.

I suoi segni riproducono appena la sintomatologia un po' banale dell' astenia cardiaca (Laënnec, Ormerod). Più tardi lo Stokes disse che la diagnosi si fonda su tre punti principali: la presenza dei segni fisici e dei sintomi indicanti una diminuzione della forza del cuore; la comparsa di sintomi encefalici; anemia o congestione: i disturbi respiratori, dovuti in apparenza alla debolezza del ventricolo destro. Ma si tratta di semplici affermazioni, non dimostrate dalla clinica, si che resta vera l'opinione del Laënnec.

La sovraccarica grassosa del cuore (lipoma capsulare del Virchow, atrofia lipomatosa dell'Orth, cuore polisarcico, ecc.) è conosciuta da molto. Si osserva negli obesi (Forget); può continuarsi nella parte inferiore del mediastino al davanti del pericardio, tra esso e le pleure (Laënnec); o invade le pieghe peritoneali, l' atmosfera grassa dei reni, donde disturbo e stasi del circolo addominale (Stokes). Il Pigeaux in soggetti assai denutriti ha riscontrato dei cuori molto carichi di grasso.

La sintomatologia è stata diversamente descritta. Il Senac pensava che il cuore carico di qesto fardello di grasso non poteva spostarsi, contrarsi, dilatarsi, e cita due casi di morte subitanea di Ippocrate e Lancisi. Il Corvisart riferendo i fatti di sovraccarica di grasso di Kerkring, Bonnet, Morgagni, non sapeva dire che fosse questo stato patologico che disturba costantemente la funzione dell'organo. Il Laënnec diceva che non esiste alcun sintoma che pare dipenda direttamente dall' accumulo di grasso.

La verità si trova tra queste due affermazioni contrarie. La morte subitanea può osservarsi anco senza alterazione concomitante delle coronarie. Si sono osservati i sintomi seguenti: talvolta aritmia e bradicardia, spesso tachicardia; segni di dilatazione del cuore, astenia miocardica, poco o nulla urto precordiale, toni del cuore sordi; segni

di pletora addominale; raffreddamento delle estremità; pallore e tumefazione del viso, arco senile della cornea; tosse frequente senza bronchite (Walshe), respiro corto e rapido, polipnea e dispea.

Tutti questi sintomi son lungi dal riprodurre quelli della cardio-sclerosi. Ma questa può essere complicata dall'infiltrazione grassa, negli obesi. La cardio-sclerosi può essere riconosciuta per l'esistenza dei sintomi arteriosi, della dispnea tossi-alimentare. Questa potrebbe attribuirsi anco all'infiltrazione grassa. Ma basta ricordarsi che nel cuore adiposo c'è più polipnea che dispnea vera. (*Journal des praticiens*, n. 36, 9 settembre 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

CONFERENZA INTERNAZIONALE PER LA PROFILASSI DELLE MALATTIE VENEREE

tenuta a Bruxelles dal 4 al 9 settembre

III.

Finger relatore. **L'organizzazione attuale della sorveglianza medica della prostituzione è suscettibile di miglioramento?**—È dovere dello Stato di proteggerci contro la sifilide, come contro le altre malattie contaggiose. Tre mezzi sono a sua disposizione: 1. Sorveglianza delle persone suscettibili di dare l'infezione. 2. Cura obbligatoria dei sifilitici. 3. Isolamento dei venerei. La visita medica deve aver luogo in un locale speciale, non mai al domicilio delle prostitute, deve esser fatta completa ed esatta (esame del corpo e dei genitali interni). Per ogni 50 prostitute, inoltre bisogna un medico ispettore. Per isolare poi temporaneamente le prostitute, per le quali non è necessario un ulteriore soggiorno nell'ospedale, bisogna creare degli asili, ove si riceverebbero anche le prostitute gravide. Ivi il lavoro sarà obbligatorio. Sino a che non si creeranno questi asili, non bisogna accordare la *licentia stupri* alla donne affette da sifilide latente, che sotto la condizione di farsi visitare più frequentemente (3-4 volte la settimana).

Iadassohn correlatore, è d'accordo con Finger. Crede utile che s'inseriscano nei libretti delle prostitute alcuni consigli igienici, e alcuni principii destinati a combattere varii pregiudizii. Il certificato medico non dovrà mai dire « donna sana » ma « attualmente senza malattia ». È urgente creare nuovi ospedali o ingrandire quelli di già esistenti e aumentare il numero delle visite mediche.

Fiaux, correlatore, crede che la polizia dei costumi sia un ostacolo al buon andamento della salute pubblica, epperò bisognerebbe una trasformazione completa della sorveglianza amministrativa della prostituzione, e dell'assistenza publica delle ammalate. I mezzi coercitivi (Saint-Lazare) bisogna condannarli.

Wolff relatore. **Dal punto di vista medico, è vantaggioso il mantenere le case di tolleranza o val meglio sopprimerle?** — Si può dire subito, a priori, che è meglio mantenere le case di tolleranza; difatti nelle città dove tali case si sopprimono, le cifre degli ammalati borghesi e militari, aumentano. Le basi principali che servono per il regolamento della prostituzione a Strasburgo, riposano sulla repressione della prostituzione clandestina, e sullo esame medico interno, immediato in caso di malattia. La visita nelle case di tolleranza si fa due volte la settimana. La vendita delle bevande alcooliche o fermentate è ivi severamente proibita. Le ragazze riconosciute ammalate sono ricoverate immediatamente all'ospedale; la cura non può farsi a domicilio.

Hoeffel, correlatore, dice che le case di tolleranza non presentano alcuna garenzia contro l'estensione delle malattie veneree. L'apertura dei postriboli è condannabile tanto dal punto di vista sanitario che dal punto di vista morale. Le case pubbliche dovranno scomparire, ma il regolamento deve restare. Esso è la migliore salvaguardia delle popolazioni contro la propagazione della sifilide e delle malattie veneree.

Mirenr relatore. **L'organizzazione amministrativa della sorveglianza della prostituzione è suscettibile di miglioramento?** — L'abolizione della prostituzione è un sogno impossibile a realizzarsi. Essa è stata di tutti i tempi e lo sarà sempre. Epperò bisogna studiare i mezzi per migliorare il regolamento della prostituzione. Questo regolamento può essere riassunto nelle due proposte seguenti: 1. Sottomettendo le prostitute alla sorveglianza sanitaria, una ad una, sorveglianza seria, ed efficace. 2. Dando maggior libertà alla prostituzione isolata.

Welander, correlatore, dice che la sorveglianza delle prostitute deve esser presa come una misura sanitaria. Il servizio delle visite deve essere in istretto rapporto con l'ospedale venereo, e se la cosa è possibile, dovrebbe essere situato nel medesimo locale. Un solo capo di servizio deve dirigere questi due istituti. Le prostitute debbono essere trattate con umanità, ma con energia.

Schmolder dice che tre avvenimenti storici dominano la quistione della sorveglianza della prostituzione; cioè: 1. Il cristianesimo. 2. L'invasione della sifilide alla fine del XV° secolo. 3. L'entrata della donna nella vita industriale e il rilasciamento dei legami familiari (XIX° secolo). È a quest'ultimo fattore che si deve l'estendersi della prostituzione clandestina, inefficace, immorale, anticristiana. La sorveglianza poliziesca della prostituzione deve essere abolita e sostituita da istituzioni di pene contro le prostitute e i tenitori di postriboli.

Neisser relatore. **Con quali misure legali si potrebbe arrivare a diminuire il numero delle donne che cercano**

nella prostituzione i loro mezzi di esistenza? I mezzi principali per far diminuire la prostituzione sono varii: 1. Educazione delle fanciulle abbandonate. 2. Restrizione internazionale del lavoro delle donne maritate nelle fabbriche. 3. Miglioramento degli alloggi. 4. Soccorso alle ragazze-madri e ai loro figli. 5. Riforma del regolamento della prostituzione. Inoltre si combatta la pornografia, si sorveglino i caffè e specie i caffè-concerti, si puniscano severamente, i seduttori, i defloratori e tutti coloro che commettono attentati contro il buon costume. Queste misure dovrebbero essere completate dalle seguenti: 1. Ogni venereo che conosce la natura del suo male è obbligato a farsi curare sia da un medico, sia gratuitamente in un dispensario pubblico o in ospedale. 2. Il medico deve forzare il venereo a curarsi regolarmente e completamente. 3. Coloro che non essendo medici, curano abusivamente i venerei, debbono essere severamente puniti.

Boeber-Boehcme dice che bisognerebbe sopprimere le case di prostituzione. Il sentiero della prostituzione dovrebbe essere considerato legislativamente come un delitto. Gli uomini che frequentano case di tolleranza dovrebbero essere sottoposti ai medesimi mezzi di difesa e alle medesime punizioni. Queste disposizioni soddisferebbero pienamente la giustizia e il principio di eguaglianza morale dei due sessi.

Kaposi relatore. **Astrazione fatta di tutto ciò che spetta alla prostituzione, quali misure generali dovrebbero prendersi per lottare efficamente, contro la propagazione della sifilide e delle malattie veneree?**—Nella lott a contro i mali venerei spetta al corpo medico più di tutti prendervi parte.Epperò importa che le cliniche veneree e sifilitiche esistano in tutte le facoltà di medicina e sieno equiparate a quelle mediche o chirurgiche. La migliore arma nella lotta contro la sifilide è costituita da! medici specialisti competenti.

Lesser dice che bisogna educare il popolo in modo da ritenere le malattie veneree come le altre malattie, per cui non debbono essere credute mali vergognosi. Nelle scuole, nell'esercito si facciano delle conferenze istruttive relative alle infezioni veneree e ai mezzi di combatterle. Si lotti contro la cura non medica dei venerei, contro l'infezione per mezzo della vaccinazione o delle balie, contro l'infezione nell'industria, (soffiatori di vetro), etc. Infine la propaganda religioso-morale è uno dei rimedii più efficaci contro i mali venerei.

Movimento biologico universale

1. JACOBELLI riferisce un caso di « **frattura non frequente della colonna vertebrale** » La morte nel caso in parola è stata prodotta dalla par alisi intestinale *ex se* senza un corteo concomitante di peritonite, torsioni, ecc. (*La Clinica chirurgica*, n. 8, 31 agosto 1899).

2. PAYR, dell'istituto anatomo patologico di Vienna, riferisce un caso di « **osteite cronica (sierosa) del cranio** ». Trattavasi di un uomo trentenne, il quale in seguito ad una pneumonite venne a morire. All' autopsia, oltre i fatti flogistici e catarrali dei polmoni, si trovarono fatti di tubercolosi all'apice, endocardite recente, degenerazione del fegato, tumore di milza, enterite cronica e cistopielonefrite. Infine le ossa del cranio (fatto raro) si trovarono in preda ad un fatto flogistico sieroso. I pezzetti di membrana sierosa esaminati al microscopio mostravano nella loro trama numerevoli osteofiti. (*Wiener klinische Wochenscrift*, n. 37, 14 settembre 1899).

3. FAURE si occupa della « **resezione del gran simpatico cervicale** ». È una operazione del tutto moderna; ed è stata proposta contro molte malattie nervose come l'epilessia (A l e x a n d e r), il morbo di B a s e d o w (J a b o u l a y). Inoltre A b a d i e l'ha proposta contro il glaucoma, basandosi sulla patogenesi del medesimo che è dovuto probabilmente ad un disturbo nella funzione del gran simpatico, (*Le Bulletin médical*, n, 71, 9 settembre 1899).

4. ARCANGELI dice che nella « **guarigione della peritonite tubercolare** » la laparotomia agisce come agirebbe l'iniezione di una sostanza che avesse proprietà immunizzanti, curative contro i bacilli tubercolari. Le sierosità tubercolari, in ispecie se antiche, hanno talora proprietà curative. Le proprieta immunizzanti e curative debbono essere attribuite ai bacilli morti, modificati dall'organismo, contenuti nelle masse caseose del peritoneo. La laparatomia agisce favorendo il riassorbimento del liquido peritoneale e delle sostanze contenute nei secchi tubercoli, producendo in tal modo un'immunizzazione del malato. (*Il Policlinico*, n. 17, 30 agosto 1899).

5. KROKIEWICZ pubblica un caso di « **adeno-carcinoma poliposo multiplo dello stomaco** » nel corso di una anemia perniciosa progressiva. La diagnosi clinica fu semplicemente di anemia perniciosa con idrope generale ed enterite cronica. All' autopsia invece si trovò una neoformazione multipla nello stomaco con metastasi agli organi glandulari, oltre i fatti anemici e degenerativi del fegato e del miocardio. (*Wiener klinische Wochenscrhift*, n. 37, 4 settembre 1899).

6. SIEGEL pubblica la storia clinica di un bambino di 4 anni affetto da « **sarcoma primitivo del tenue** ». Alla palpazione addominale si toccava un tumore alla fossa ileo-cecale, ed eranvi fatti di stenosi intestinale, per cui si pensò ad una intussuscezione: aperto l'addome invece si trovò un tumore, lungo il digiuno, che si asportò insieme

ad un pezzo di mesenterio. Il povero bimbo venne a morire tre settimane dopo l' atto operativo, per fatti di metastasi e di cachessia. Il tumore estirpato apparteneva alla classe dei sarcomi parvicellulari. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n. 35, 1899).

FISIOPATOLOGIA GENERALE

LA TOSSICITÀ DELL'URINA

La questione della tossicità o non delle urine ha attirato l'attenzione degli scienziati da lungo tempo, ed è molto grande il numero degli autori che hanno contribuito a quest'argomento. Dal punto di vista pratico, questo ha ricevuto il suo massimo svolgimento dalla comparsa dell'opera di Bouchard.

Senza andare ad una discussione chimica degli agenti che producono la tossicità dell'urine, questo libro ci ha dato un saggio semplice, pratico, che consiste nell'iniettare una quantità d'urina proporzionata al peso dell'animale; se l'animale muore, l'urina è tossica; se no, non havvi tossicità. Il metodo di Bouchard consiste nell'iniettare nel coniglio da 30 a 60 cmc. (in media 45 cmc.) per kg. d' animale nella vena marginale posteriore nella parte dorsale della faccia sopra l'orecchio. Si può, anche nel coniglio, penetrare direttamente nell'arteria mediana dell'orecchio. Egli scarta le iniezioni sottocutanee, perchè ha provato sperimentalmente che l'assorbimento non ha luogo con rapidità sufficiente. Forchheimer e Stewart, cominciarono ad usare una modificazione al metodo di Bouchard, iniettando l' urina nella cavità peritoneale dei conigli sotto certe precauzioni asettiche, metodo giustificato in seguito completamente dalle investigazioni di Vollhard, dal quale è scoperto il fatto che nell'iniezioni intravenose i risultati variano colla rapidità dell'iniezione, colla pressione adoperata ed infine che in due casi si produsse trombosi esterna per l'iniezione intravenosa dell'urina. Ciò che finalmente indusse i due summentovati investigatori a scartare il metodo di Bouchard fu il fatto che v' erano molto differenze d'opinione, specialmente in riguardo alla tossicità dell'urina nella gravidanza, e che gli esperimenti fatti da uno di essi coll'urina di un' inferma, diedero risultati discordi assolutamente. La conclusione finale sembrava essere, che non gli osservatori erano in errore, sibbene il metodo. A confermare o non quest'opinione, Forchheimer e Stewart i. ziarono una serie di esperimenti, prendendo da un lato l'urina di donne incinte negli ultimi mesi della gravidanza, e dall' altro quella di individui sani e di pazienti che, dalle manifestazioni cliniche potevano considerarsi, e come tali vengono considerati da Bouchard, per affetti da auto-infezione gastro-intestinale.

In tutto presero l'urina di 24 pazienti, 13 della 1ª classe ed 11 della 2ª, e con quest' urine fecero 154 esperimenti. Da questi esperimenti, risultarono le seguenti conchiusioni: L' urina fresca iniettata immediatamente può essere adoperata senza pericolo.

L' urina filtrata immediatamente (col filtro di Kitasato o di Chamberland) ed immediatamente iniettata può essere adoperata senza pericolo. L' urina bollita ed iniettata immediatamente non deve adoperarsi ammenochè non siano prima eliminate l' alterazioni possibili nel corpo del paziente. L'addizione di acido borico non dà risultati sicuri. Non deve mai adoperarsi l'urina che è stata emessa 24 ore prima.

TERAPIA CLINICA

Mendel. — **Cura delle affezioni bronco-polmonari, specie della tisi, mediante le iniezioni tracheali di olii essenziali.**

Quest'idea d'introdurre i medicamenti nella trachea rimonta al 1883, epoca in cui il Bergeon iniettava nella trachea delle sostanze calmanti, mediante la siringa del Pravaz. Nel 1888 il Bechag ebbe l'idea di rimediare alla disfagia dei tubercolotici lanciando nel vestibolo della laringe qualche goccia di olio mentolato, mediante il controllo dello specchio. Questa iniezione tracheale per la bocca venne praticata sistematicamente da Dor e Garel, Botey, La Jarrige, ecc. che iniettarono l'olio creosotato e l'olio mentolato nella tubercolosi pulmonare. I risultati furono incoraggianti; ma sembra che l'olio creosotato iniettato così non abbia un'azione superiore a quella ottenuta mediante le iniezioni ipodermiche.

Da parecchi anni le iniezioni tracheali erano abbandonate quando venne in mente al Mendel d'iniettare gli olii essenziali, che, secondo le note esperienze del Frendenreich, hanno una così potente azione contro i bacilli tubercolari. Egli tra le dieci essenze sperimentate dal Frendenreich, scelse quella di timo, di cannella, di eucalyptus, servendosi di questa mescolanza:

Essenza di timo	gr.	5
Essenza di eucalyptus	»	5
Essenza di cannella	»	5
Olio d'olive sterile	cc.	100

A questa soluzione si può aggiungere;

Jodoformio	gr.	5
Bromoformio	»	0,05

L' iniezione tracheale è praticata ogni giorno, mediante una siringa a lunga canula ricurva del Collin, contenente cc. 3 di liquido; di queste iniezioni di cc. 3 se ne praticano tre, l'una sull'altra. Il paziente non avverte che un senso di calore piacevole, senza avere dei disturbi o della

tosse. Da principio il Mendel si serviva, per controllo, dello specchio laringoscopico, ma oggi ne fa a meno. Egli consiglia di far proiettare all'infuori ed all'innanzi la lingua dell'ammalato che si stringe tra il pollice e l'indice della mano sinistra tra mezzo ad una pezzuola; quindi si spinge la canula sino alla base della lingua in modo che l'estremo della canula sia nell'andito laringeo; quindi s'inietta il medicamento; che questo abbia preso la via della trachea viene dimostrato dal senso di calore piacevole speciale che l'ammalato avverte nel petto.

Questo metodo di cura è semplice ed inoffensivo. Egli ha finora curato con le iniezioni tracheali 27 tubercolotici di cui 18 al primo grado, 4 al secondo' 3 al terzo, ed ha ottenuto risultati soddisfacentissimi. (*Journal des praticiens*, n. 36, 9 settembre 1899).

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nell'*American journal of medical Sciences* diretto da A. Stengel e H. Mackenzie n. 329, settembre 1889.

1. L. A. BIDWELL. **Le operazioni nell'ulcera gastrica**. V. pag. 829.

2. M. B. HARTZELL. **Epitelioma consecutivo a psoriasi: probabilità della sua origine arsenicale.**—In un individuo ha notato lo sviluppo di un epitelioma alla pianta del piede sinistro in seguito ad una eruzione psoriasica per la quale si era amministrato dell'arsenico. Passa in rassegna a questo proposito tutti i casi pubblicati di carcinoma sviluppatosi in seguito a cure arsenicali, e crede di poter ammettere in queste osservazioni l'origine arsenicale degli epiteliomi. Hartzell annette una grande importanza a questa quistione in rapporto delle recenti teorie della patogenesi del carcinoma in generale. Crede d'aver dimostrato la possibilità dello sviluppo di un carcinoma in seguito all'amministrazione interna di arsenico e rigetta la teoria parassitaria.

3. G. PARKER. **Un caso di degenerazione cistica dei reni con dermatite generale esfoliativa.**—Dev'essere abbastanza rara la coesistenza di queste due forme morbose, già per se stesse individualmente poco comuni. Il Parker discute l'etiologia della dermatosi esfoliativa e rileva come essa sia spesso in rapporto all'uremia. La degenerazione cistica nel caso in discussione era limitata ai reni, e le cisti contenevano una discreta quantità di cristalli di leucina e di corpuscoli sanguigni.

Quanto alla patogenesi della degenerazione cistica dei reni il Parker discute ed illustra le tre principali teorie che ora si contendono il campo: la ritenzione, l'ostruzione, e le produzioni adenomatose. Egli però non si crede autorizzato ad ammettere una genesi unica, ma crede che in singoli casi possa essere or l'uno or l'altro il meccanismo di produzione.

4. GUY HINSDALE. **Encefalite purulenta ed ascesso cerebrale in un neonato dovuti ad infezione attraverso l'ombelico.** — Trattasi di un bambino infettato durante la nascita per il cordone ombelicale essendo fuoriuscita dall'utero materno, durante e dopo l'espulsione della placenta, una notevole quantità di pus. Il bambino presentò tosto emaciazione, febbre, convulsioni; e dopo 13 giorni dalla nascita morì. Il cordone ombelicale tramandava un odore fetido. All'autopsia si potette diagnosticare un'encefalite purulenta con ascesso cerebrale. Hinsdale ritiene fermamente che l'infezione sia avvenuta attraverso il cordone ombelicale per la raccolta purulenta contenuta nell'utero materno.

Solo R4bbert nel 1879 ha riferito un caso di morte per ascesso cerebrale in un neonato. La madre di questi aveva febbre puerperale.

Emmett Holt nel 1897 ha riferito cinque casi di ascesso cerebrale in bambini e ne ha raccolto 27 casi.

5. J. P. CROZER GRIFFITH. **Dilatazione idiopatica congenita del colon.**—La dilatazione del colon può dipendere da varie cause: costipazione abituale, ostruzione, compressione *ab externo*, ecc. Quando l'ostruzione e la stenosi è congenita; si ha la dilatazione congenita da distinguersi dall'acquisita. Il Griffith chiama idiopatica quella dilazione che dipende da una causa organica indeterminata ed indeterminabile, che non ha nulla a vedere con i comuni momenti etiologici anzidetti, nè è dovuta a paralisi od atonia: anch'essa è congenita. Riferisce, molte osservazioni personali di dilatazione congenita e raccoglie parecchi casi riferiti da diversi autori. La sintomatologia di questa forma consiste in denutrizione, dispepsia gastrica, facile alternarsi di costipazione e diarrea, frequenti fermentazioni ed infezioni intestinali, spesso dispnea. La malattia pare che sia più frequente tra i maschi.

La prognosi è piuttosto infausta attesa l'origine o la predisposizione congenita. La dilatazione raggiunge spesso proporzioni enormi. La cura è igienica, medica, ed operativa. Si è raccomandato il massaggio, la cura elettrica, l'uso di purganti ed enteroclismi. La cura chirurgica espone spesso a serii pericoli. Fatta la laparotomia, quando non vi é una stenosi od una ostruzione da vincere, molti si limitano a fare un ano artificiale.

6. F. FORCHHEIMER e R. W. STEWART. **Sulla tossicità dell'urina.** V. pag. 836.

7. B. OETTINGER. **La malattia dei tics convulsivi (malattia di Gilles de la Tourette) con speciale riguardo ad una ipotesi per l'etiologia.**—Crede che la malattia dei tic, descritta da Gilles de la Tourette, corrisponda all'abito spasmodico di Gowers. Fa un'accurata rassegna delle varie specie di tic, della loro varia origine e del loro vario associarsi. Riconosce che il complesso sintomatico della malattia dei tic ha parecchi caratteri in comune con diverse malattie del sistema nervoso: e per la patogenesi crede che le contrazioni muscolari, più che a riflessi emananti dai centri della memoria, sieno dovuti ad uno stato di irritazione o di alterata sensibilità dei centri muscolari per abnorme metabolismo. I tic non compromettono la vita dell'individuo ma spariscono con grande difficoltà. La cura consiste nell'igiene, nella calma, nell'educazione, massimamente proficue se attuate fin dai primi anni. Occorre educare e corroborare la volontà affinchè possa dominare tutti gli atti. Il metabolismo generale sia modificato col combattere le possibili diatesi ed autointossicazioni, col prescrivere una dieta nutritiva ma facilmente digeribile ed assimilabile. Come cura farmaceutica sono indicati i soliti tonici e nervini.

8. J. A. CAPPS. **Aneurisma dell' arteria coronaria: relazione di due casi.** — Sono molto rari i casi di aneurisma dell' arteria coronaria; e il Capps ha potuto raccoglierli in un quadro. Pare che sieno più comuni nei maschi. L'etiologia non ha nulla di speciale: è quella solita di tutte le altre localizzazioni aneurismatiche. È raro che se ne possa fare la diagnosi in vita giacchè d'ordinario non ne é aumentata l'area ottusa del cuore. Solo la rottura del sacco può talvolta mettere il medico sulla buona via. Non vi è un segno caratteristico dell'aneurisma delle coronarie non complicato e non ancora rotto. Nei due casi riferiti dal Capps vi era dispnea, tosse, dolori precordiali ma furono attribuiti ad una bronchite coesistente e ad insufficienza valvolare del cuore. La malattia d'ordinario termina con la morte per rottura dell'aneurisma nel pericardio: undici dei diciannove casi raccolti da Capps son finiti a questo modo. Negli altri casi l'aneurisma è stato per così dire benigno ed è stata scoverto all'autopsia.

FORMULARIO

Contro la rinite catarrale acuta

Sublimato corrosivo . . . . . gr. 0,10
Acqua distillata . . . . . . » 10

Da in bottiglia per uso esterno.

Per pennellazioni nel naso 2 volte al giorno.

Ovvero per polverizzazioni nel naso, dopo aver riscaldata leggermente a bagno maria la soluzione, 2 volte al giorno nella seguente proporzione:

Sublimato corrosivo . . . . . gr. 0,05
Acqua distillata . . . . . . » 100

in bottiglia per uso esterno.

oppure:

Idroclorato di cocaina . . . gr. 0,25-0,50
Alcool rettificato . . . . . » 1
Acqua distillata . . . . . » 9

per toccamenti nelle narici.

Nei bambini alle tiepide e leggiere polverizzazioni di sublimato si uniscono, con buoni risultati, ripetute pennellazioni nelle narici con:

Glicerina . . . . gr. 15
Borace. . . . . » 3

Dà in bottiglia per uso esterno.

Grognot — **La napellina nelle nevralgie**

Napellina . . . . gr. 0,0025
Estratto di liquirizia. . . . q. b.

per un granulo. Uno ogni due ore.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste in Portogallo

Oporto, 14 — Ieri vi fu un caso. Il commercio e l'industria riprenderanno oggi il loro andamento normale, ristabilendosi il servizio ferroviario.

Sanità pubblica

Tutti i passeggeri, che si trovano a bordo della *Duchessa di Genova*, in quarantena all' Asinara. godono buona salute.

Dopo i tre casi di febbre gialla verificatesi durante la traversata, nessun altro caso è stato constatato.

La Direzione della Sanità, ha ordinato al professore Canalis, dell'Università di Genova, di recarsi all'Asinara, per accertarsi che tutte le operazioni quarantenarie siano osservate scrupolosamente.

Psicologia dell'istinto sessuale

J. Roux in articolo del *Progrès mèdical* dice che nel bisogno sessuale c'è qualche cosa di più che un organo che domanda di funzionare e delle vescichette seminali che vogliono essere vuotate. Il bisogno sessuale ha tutti i caratteri di un bisogno generale dell'intero l'organismo. Pare che le sensazioni genitali non intervengano che per mostrare la via normale, indicare lo scopo da raggiungere, far desiderare l'attesa soddisfazione. Come l'appetito nutritivo è distinto dalla sensazione della fame, così l'appetito sessuale è distinto dalla fame sessuale. Questa è la sensazione vaga della ragazza; l'appetito sessuale è il desiderio della soddisfazione genitale. L'appetito sessuale è soddisfatto dall' avvicinamento sessuale qualunque

ne sia l' oggetto. La fame sessuale non è soddisfatta che dall' unione di due esseri che si sono reciprocamente scelti in virtù di affinità misteriose. Dalla fame sessuale deriva l'amore; l'appetito sessuale non può generare che il desiderio; lo scopo quasi fatale è sempre l'avvicinamento dei sessi. L'istinto sessuale ha la sua origine in una impressione nervosa periferica a livello di tutti i nostri elementi anatomici. Questa impressione nervosa non ha speciali conduttori; essa segue i nervi della sensibilità generale (cinestesia). Non si sa assolutamente nulla dei riflessi inferiori ai quali essa dà luogo. Forse agisce per via riflessa sugli organi genitali, di cui attinge funzioni, sviluppo, maturazione, erezione. Al cervello essa arriva in un punto qualunque della corteccia, secondo la sensazione che l'ha causata, ne riparte secondo la manifestazione esteriore dell' amore. Non vi sono centri corticali sessuali, ma solamente dei riflessi corticali. L'impressione nervosa fa capo al grande territorio corticale, *circum rolandico* di Flechsig, là determina un fenomeno interno, una serie d' associazioni intracorticali. Il fenomeno interno è la sensazione cosciente, disturbo oscuro di cui il soggetto non indovina nè la causa nè l'oggetto e che non si accompagna ad alcuna rappresentazione intellettuale. Più tardi in seguito alle altre sensazioni alle quali questo stato effettivo si è associato, esso si sveglia dalle rappresentazioni intellettuali ed il soggetto sa la natura del disturbo che prova.

Così si associano col bisogno genetico altre sensazioni, che più tardi divengono la materia della vita rappresentativa sessuale. Il bisogno sessuale si associa a sensazioni genitali (fame e appetito sessuale), a sensazioni olfattive, a sensazioni visive, a sensazioni tattili e a sensazioni gustative. Il bisogno sessuale organico, aggiunto a sentimenti diversi, porta la cristallizzazione, la scelta, la sistemazione, ed infine l'amore. In altri termini, si produce successivamente un bisogno vago, una cristallizzazione, una sistematizzazione sopra un oggetto determinato, una scelta. Raramente l'amore è improvviso come un colpo di fulmine.

Le infermità del celibato

I celibi non sono soltanto minacciati dalla severità del Codice, nel quale — è noto — si vogliono introdurre disposizioni avverse a chi volontariamente rinuncia a formarsi una famiglia; ora interviene anche la medicina asserendo che i celibi sono soggetti ad un numero maggiore di malattie, fra cui l' idiozia, l' epilessia, il cretinismo, che il prof. Andrea Verga chiama appunto: « Le infermità del celibato ».

Anche la pazzia predomina fra i celibi e le statistiche dànno in proposito queste cifre; pazzi celibi 64,83 per 100; pazzi coniugati 51,07 per 100. Al contrario le pazze nubili sono nella proporzione di 55,17 e le maritate di 48,93 per cento

Davanti a questi dati qualcuno potrà chiedersi: « Ma come si spiega che sia così scarso il numero dei pazzi coniugati in confronto dei celibi, se è vero che in tanti modi il matrimonio riesce pericoloso all'umano intelletto?

Le ragioni principali del fatto possono essere le seguenti: In primo luogo gli uomini contraggono matrimonio assai più tardi della donna e le pazzie che si manifestano dai 20 ai 30 anni (e non sono poche) ricadono naturalmente a carico del celibato. In secondo luogo i coniugati, sia dal lato fisico, sia da quello intellettuale e morale, sono o dovrebbero essere la parte più valida del genere umano. Infatti chi si sente per fatto proprio o per triste eredità disposto alla pazzia, indugia ad ammogliarsi, e se dopo aver dato indizi più o meno palesi di mentale debolezza vi si risolve, non trova certamente facilità a collocarsi com'egli vorrebbe.

La pazzia, pertanto, deve far minori vittime fra i coniugati che fra i celibi, perchè fra i primi non trova terreno così propizio come fra i secondi.

« Se i soldati, scrive il dott. Verga, non offrono una vistosa proporzione di malati e di morti, la causa non sta nella vita militare, che è abbastanza dura ed incomoda, ma nel venire i medesimi reclutati fra la gioventù più sana e più robusta del paese. Ora fate conto che i mariti siano i soldati dell' umanità, perocchè ad essi spetta di conservarne il regno e dilatarne i confini materiali ».

Altra ragione per la quale il numero di pazzi celibi è maggiore, sta in questo: se un celibe che viva isolato è colto da pazzia, si dà subito a conoscere con le sue stravaganze che nessuno ha interesse a dissimulare, mentre il matrimonio cerca di nascondere il più possibile le alienazioni del suo capo, non permettendo, se non in casi gravissimi e disperati, ch' esca dal santuario della famiglia, talchè molti coniugati sfuggono anche alle ricerche più coscienziose degli officiali d'un censimento.

Per ultimo, fu detto che il matrimonio è una dignità che richiede vocazione ed attitudine speciale, e la disposizione alla pazzia suol creare un'interna avversione per la vita coniugale, onde tali individui si condannano volontariamente al celibato e celibi naturalmente li trova la malattia da essi temuta.

Ciò posto, ora sta agli interessati lo scegliere tra le due..... follie.

GAZZETTINO

MONACO. *Il prof. Röntgen.* — Il prof. Röntgen dell' Università di Würzburg è stato chiamato alla Università di Monaco.

BERLINO. *L'indipendenza dell' Università.* — Il governo tedesco intendeva allontanare dall'insegna-

mento il dott. Lea Arons, libero docente di elettricità all'Università di Berlino, perchè era democratico-socialista. L'Università ha deciso che questa non è una ragione per destituire un professore, e non ostante le insistenze del ministro d'istruzione, ha dichiarato che essa sola è competente a giudicare i suoi membri.

ZURIGO. *Gli antropologi tedeschi.* — Il Congresso di antropologia tedesco ha avuto luogo a Lindau e vi ha raccolto parecchie notabilità della Germania e dell'Austria, fra le quali il Virchow. Chiusi i lavori, i congressisti si sono recati a Zurigo dove ebbe luogo un sontuoso banchetto e dove visitarono i Musei e le collezioni di antropologia più rimarchevoli.

MONACO *Commissione permanente per la tubercolosi.* — La Commissione permanente per la tubercolosi, che l'anno scorso fu organizzata a Düsseldorf, nel corso di quest'anno si riunirà in seduta generale insieme alle sezioni per la medicina interna e per l'igiene.

MONACO. *Statistica della mortalità nelle città tedesche.* Nella 31ª settimana dell'anno, dal 30 luglio cioè al 5 agosto 1899, nelle città tedesche su 40000 abitanti si è avuta la massima mortalità a Königshutte col 48,3, la minima mortalità invece a Remscheid ove su 1000 abitanti si é avuto l'11,9 di mortalità. Il maggior numero dei decessi a Solingen furono di morbillo, ad Osnabrück di tifo addominale.

MONACO. *Statistica della mortalità per malattie infettive nella 32ª settimana dell'anno dal 6 al 12 agosto 1899.*—Denunzie mediche 426, colera 46 casi, difterite e croup 12, erisipela 19, morbillo 6, blenorrea dei neonati 7, parotite epidemica 5, pneumonite crupale 12, reumatismo articolare 25, scarlattina 3, pertosse 15, tifo addominale 1, varicella 3.

MEMEL. *Leprosario.* — Oltre agli altri leprosarii che conta la Germania, se ne apre ora un altro più grandioso a Memel destinato ad accogliere i leprosi di quasi tutta la Prussia.

BRÜM. *Richiesta di onorario medico.*—Un medico di Brüm avendo richiesto ad un ammalato, s'intende a guarigione completa, l'onorario, in cambio del denaro gli fu mandato una qualche cosa che egli accettò. Ora il presidente della Camera dei medici ció avendo inteso, rimproverò il collega, facendogli notare come non doveva accettare il cambio, poichè esso non è nè dignitoso nè conveniente. Egli avrebbe dovuto seguire la via ordinaria.

LÖBTAU. *Epidemia di tifo.*—Löbtau una piccola città, vicino Dresda, è stata fin dal 16 luglio di quest'anno, colta da una epidemia di tifo. Il numero dei casi denunziati dall'inizio sino al 10 agosto è stato di 230. Tale epidemia è dovuta all'acqua potabile di quei luoghi che si è dimostrata inquinata. In molti dei casi osservati si è avuta splendidamente la reazione del Widal.

LANBAU. *La tifoide dopo la piena del 3 luglio 1897.* — Il dott. Steinberg, a proposito di una nota del Kollibay, sorta nel n. 17 del *Deutsche medicische Wonchenschrift.* — Sull'influenza della piena delle acque in Schmiedeberg sullo sviluppo delle tifoidi, ricorda la piena avuta a Lanbau nel 3 luglio 1897 e l'epidemia che poco dopo si manifestò, e dice che non si trattava peró di forme di tifo propriamente detto, ma di tifoidi di lunga durata, e a decorso febbrile caratteristico.

CZERNOWITZ. *Dovere di denunzia per le malattie infettive.* — Le autorità di Bukowina hanno emesso un editto ove si ricorda ai medici che debbono rigorosamente denunziare tutte le malattie infettive, sia per combattere, per quanto più è possibile, contro la diffusione delle medesime, come anche per redigere esattamente la statistica.

CONCORSI E CONDOTTE

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud; Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un'annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua é stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della sanità presso il Ministero dell'interno, dottor Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Macello. (Torino). È aperto il concorso al posto di medico-chirurgo. Stipendio annuo L. 1000 più 150 come ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Pisa. Concorso al posto di direttore dei RR. Spedali con lo stipendio di L. 3600 all'anno: il concorso è per titoli, il tempo utile per la presentazione delle domande scade il 30 settembre.

Pisa. Concorso al posto di medico primario nel detto Ospedale con lo stipendio di L. 600. Scadenza dei termini il 30 settembre.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

Resoconto dell'ultima spedizione tedesca per la malaria a Grosseto

Roberto Koch

La spedizione inviata dal governo tedesco per studiare la malaria e composta da R. Koch, Frosch ed Ollwig, si è recata dapprima in Italia, dove, secondo il consiglio del Gosio, cominciò le sue ricerche nelle maremme toscane e precisamente in Grosseto (*Deutsche medicinische Wochenschrift* n. 37, 1899). In questa località la malaria domina in tutti i mesi dell'anno, ma più specialmente nei mesi da luglio fino ad ottobre. Le osservazioni furono fatte tanto negli ammalati ricoverati nell'Ospedale di Grosseto, quanto in parecchi infermi della pratica privata del dott. Pizzetti, medico provinciale del luogo. In tutti gli ammalati di malaria, o sospetti tali, veniva eseguito l' esame del sangue per i parassiti della malaria. In parecchi casi in cui il risultato dell' esame era negativo, sorgevano nell' ulteriore corso della malattia altri sintomi, i quali dimostravano che non si trattava di malaria. Si può dire che in tutti i casi di vera malaria furono riscontrati nel sangue i parassiti rispettivi.

Assicurata la diagnosi con l'esame del sangue, si indagava se si trattasse di una recidiva di malaria sofferta negli anni precedenti o di un'infezione recente. In quest' ultimo caso si faceva una ispezione ed un esame della località in cui probabilmente l' ammalato aveva preso l'infezione. Le ricerche principiarono il 25 aprile e furono prolungate fino al 1° agosto; furono fatte su 650 persone di cui 408 senza dubbio malarici. In massima parte si trattava però di recidive di malaria sofferta nell' estate del 1898, ma per un periodo di tempo, a cominciare dal 23 giugno si presentarono numerosi casi di malaria recente, come se si trattasse di un' epidemia insorgente. In Grosseto e nelle vicinanze non esistono le cosìddette febbri primaverili; in questa località i casi di malaria cominciano con la stagione calda, ossia verso la fine di giugno ed il principio di luglio. Tutti i casi osservati prima di questo tempo sono recidive degli anni passati e costantemente da giugno ad ottobre. Dimodochè il periodo della malaria in Grosseto è relativamente breve, perchè comprende solo luglio, agosto e settembre. Questo fatto è della massima importanza per combattere la malaria. Le ricerche finora fatte dimostrano sicuramente che i parassiti della malaria al di fuori dell'uomo possono vivere soltanto in certe specie di zanzare, nelle quali però si sviluppano solo durante i mesi estivi, e perciò restano 8–9 mesi, in cui i parassiti possono essere dimostrati solo nel corpo umano. I membri della spedizione hanno accuratamente indagato la eventuale presenza dei parassiti malarici in altri organismi, ma indarno; essi trovarono nel sangue di parecchi animali parassiti analoghi a quelli della malaria, ma da cui si potevano facilmente e sicuramente differenziare.

Sicchè l'uomo rimane l'unico ospite dei parassiti specifici, la cui trasmissione ha luogo solo durante la breve stagione estiva per l'intermezzo delle zanzare, quando queste albergavano già nel loro interno i parassiti stessi. A questo riguardo le ricerche hanno dimostrato che la catena non viene interrotta, perchè al principiare dell' estate le recidive forniscono alle zanzare il materiale, il quale costituisce l'anello di congiunzione tra il periodo febbrile di un anno con quello dell'anno susseguente. Se fosse possibile spezzare questo anello di congiunzione, sarebbe impedito il ripetersi dell'infezione; l'insorgere dei casi recenti sarebbe sempre più raro e la malaria in quella data regione dovrebbe scomparire. Ciò è tanto più possibile in quanto che abbiamo nel chinino un mezzo sufficiente per uccidere i parassiti della malaria definitivamente nel corpo umano. Il chinino intanto dovrebbe essere adoperato non solo per combattere l' accesso malarico manifestatosi, ma anche per evitare possibilmente le recidive. Nel periodo di 8–9 mesi si potrebbe perciò guarire non solo temporaneamente, ma anche completamente l'infezione.

La distribuzione topografica dei casi di malaria in Grosseto e nelle vicinanze è la più irregolare. I casi non sono aggruppati in modo da corrispondere alle località in cui le condizioni sono più o meno sfavorevoli, ma esistono parecchi focolai morbosi irregolarmente disseminati. Località sfavorevoli spesso sono risparmiate dalla malaria, mentre altre in migliore posizione presentano focolai infettivi. Anche il traffico delle persone pare che abbia una certa influenza, in quanto che alcuni alloggi in cui hanno pernottato malarici diventano i centri di tanti focolai morbosi.

Riguardo alla comparsa delle diverse specie di malaria in Grosseto, la commissione tedesca venne alle stesse conclusioni che a Roma nell'anno passato. Le più rare sono le forme di quartana (15 casi tra 408 malati); la terzana è rappresentata da 202 casi. Nella maggior parte dei casi si tratta di terzana doppia. Di febbri estivo-autunnali ne sono state osservati 191 casi, fra cui 151 recenti, che hanno potuto essere seguiti, nel loro corso, nell'Ospedale. Queste ultime osservazioni confermarono ciò che Koch aveva già stabilito nelle precedenti sue ricerche, cioè che le febbri estivo-autunnali appartengono non a differenti specie, ma ad un'unica specie di malaria, che è identica alla malaria dei tropici.

Tutti i casi recenti di febbre estivo-autunnale (151) osservati da Koch in Grosseto decorsero in principio senza eccezione con intermittenze di 48 ore, appunto come la febbre tropicale studiata da Koch nella costa orientale dell'Africa. In alcuni casi l'intermittenza tra i due primi accessi non era completa, ma l'esame microscopico venne in ajuto, in quanto che dimostrò la presenza dei grandi parassiti anulari. Più tardi, quando era stato somministrato il chinino o si avevano recidive si perdette il tipo terziario primitivo, ma non si ebbe mai un caso genuino di quotidiana, remittente o continua.

Nella cura si segnò sempre la regola di somministrare il chinino durante l'intermittenza, ed in tutti i casi il decorso fu favorevole. La febbre tropicale recente invece dà sempre l'impressione di una malattia grave e pericolosa. La febbre è per lo più molto elevata, il sensorio depresso e si hanno evidenti sintomi tifosi. In questi casi la dose di chinina deve essere molto elevata per essere efficace (2 gram.). In un gran numero di casi, per ottenere una guarigione definitiva, si somministrò 1 gr. di chinina ogni 10 giorni.

Poichè non si ebbe nessun caso di morte, mancò l'occasione di osservazioni anatomo-patologiche.

Un caso di emoglobinuria si manifestò in un giovane che aveva febbre da 12 giorni ed aveva usato, oltre piccole dosi di chinina, una sola dose forte. Due ore dopo quest'ultima, si manifestò brivido e vomito; un'ora più tardi urina sanguinolenta ed itterizia. Nel sangue mancavano i parassiti della malaria e nell'urina non esistevano corpuscoli rossi. L'accesso non fu grave e scomparve dopo breve tempo. L'infermo da ragazzo aveva avuto un simile accesso dopo l'uso del chinino; si trattava perciò di una disposizione congenita all'emoglobinuria.

Gli studî sulla trasmissione dei parassiti per mezzo delle zanzare, nelle osservazioni fatte a Grosseto, non diedero nuovi risultati perchè mancò l'occasione di ricerche dirette e bisognava limitarsi alla osservazione delle condizioni naturali. La maggior parte delle zanzare osservate in Italia, si trova anche nelle maremme toscane. Per l'etiologia della malaria intanto meritano considerazioni quelle specie di zanzare che si incontrano nelle abitazioni e specialmente nelle camere a dormire. Di giorno non esistono zanzare od in minimo numero, anche nei luoghi paludosi; la infezione ha luogo perciò la notte e nelle abitazioni, perchè a Grosseto la gente non ha l'abitudine di dormire all'aperto. Le specie che si osservano a Grosseto sono il *culex nemorosus*, il *culex pipiens*, *l'anopheles maculipennis phlebotomus*. Quest'ultimo pare però che non prenda parte alla trasmissione della malaria, perchè in parecchi esemplari Koch non vi trovò parassiti. Neppure il *culex nemorosus* ha importanza per la trasmissione; restano perciò il *culex pipiens e l'anopheles maculipennis*, che si trovano in grandi quantità nelle maremme, e che sono il mezzo di trasmissione della malaria in quelle regioni. Si potrebbe obiettare che le due specie di zanzare ora cennate si incontrano anche nei mesi invernali; ma se si pensa che i parassiti malarici per compiere nel corpo delle zanzare il loro ulteriore sviluppo, hanno bisogno di un certo grado di calore, come dimostrarono le ricerche col proteosoma, quella obiezione è soltanto apparente. Sicchè le zanzare diventano pericolose solo quando la temperatura è salita al grado da far maturare i parassiti. Ed il Koch ha tenuto conto del modo di comportarsi della temperatura in Grosseto per parecchi anni.

Confrontando il decorso della temperatura con quello della malaria, si può vedere che il brusco insorgere dell'infezione corrisponde a 3 settimane dopo che la temperatura massima ha raggiunto o superato i 27°. A questa temperatura esterna, negli spazii chiusi di costruzioni ordinarie corrisponde di notte la temperatura di 24-25°. Perchè i parassiti si sviluppino, bisogna che la temperatura non si abbassi oltre. Poichè poi le zanzare non lasciano la stanza a dormire dove esse la notte hanno succhiato il sangue, ma rimangono negli angoli oscuri fino a che depongono le uova, così essi trovano nella stanza stessa la temperatura necessaria alla completa maturazione dei parassiti. Questi poi, per svilupparsi completamente nell'organismo delle zanzare, richiedono 8-10 giorni di tempo, e d'altra parte lo stadio di incubazione della malaria è del pari 10 giorni circa; dimodochè dall'infezione della zanzara alla manifestazione della febbre in un individuo morsicato dalla medesima passano circa 20 giorni, e questo intervallo di tempo coincide con quello che decorre dalla comparsa della temperatura massima di 27° all'insorgere dell'epidemia.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale della R. Università di Torino
diretta dal prof. C. BOZZOLO

SULLA GASTRITE
ULCEROSA CRONICA ANACLORIDRICA

Dott. Luigi Sansoni, aiuto della clinica
e docente di patologia speciale medica

(*Cont.—V. num. prec.*)

Cruveilhier nel suo atlante d'anatomia patologica ha descritto delle ulcerazioni gastriche, differenti dall'ulcera rotonda, di cui però non sarebbero che lo stadio iniziale. Esse avrebbero per origine una infiammazione follicolare e sarebbero causa frequente di gastrorragia. Egli le considera come una forma particolare dell'infiammazione e dell'ulcerazione dei follicoli dello stomaco; le chiama erosioni emorragiche perchè danno o possono dare origine ad emorragie.

Successivamente lo studio di questa forma morbosa gastrica è stato ripreso da vari autori. Balzer nel 1877 descrive due casi di erosioni emorragiche osservati l'uno in un uomo affetto da gastrite alcoolica e morto di cancro dello stomaco, l'altro in un cirrotico. Marfan fa rievocare la presenza di queste erosioni emorragiche nella gastrite dei tisici. Hautecoer le ha osservate nei cardiaci e le mette in rapporto colla congestione della mucosa gastrica. Pilliet nel 1891 ha pubblicato sopra questo argomento un lavoro interessante dal lato anatomico. Secondo questo autore l'erosione prende origine da un'ecchimosi che diviene escara. Caduta questa, resta un'ulcerazione il di cui fondo è costituito dal cul di sacco ghiandolare, ma a questa epoca non esiste ancora un'infiltrazione embrionaria del connettivo che costituisce questo fondo. Più tardi la guarigione può avvenire in più modi: per rigenerazione delle ghiandole, per infiltrazione embrionaria delle pareti e del fondo dell'ulcera, per trasformazione sclerosa di questo fondo. Wurtz e Leudet nello stesso anno hanno potuto riprodurre esperimentalmente nel coniglio delle ulcerazioni del tutto simili alle erosioni emorragiche mediante il bacillo lattico iniettato direttamente nello stomaco.

Recentemente Lainè, da cui abbiamo tolto queste notizie, ha raccolto in un lavoro, in cui ha tracciato la storia ed il quadro dell'affezione, 9 osservazioni di cui una personale.

In due di queste, la 6ª e la 7ª, esistevano gastrorragie, nelle altre no. Nell'osservazione 6ª trattavasi di una donna uremica, affetta da cancro uterino; all'autopsia si notarono delle erosioni estese ecchimotiche, sopra una delle quali, molto larga ed ancora coperta da un coagulo, era facile scorgere all'esame microscopico che la sorgente del sangue era una arteriola dilatata che presentava un aneurisma simile a quello delle caverne pulmonari.

Quest'arteriola era quasi invisibile ad occhio nudo. Nell'osservazione 7ª trattavasi di una serva di 30 anni, sofferente da lungo tempo di disturbi gastrici fra cui dei vomiti alimentari quasi quotidiani. Entrò all'ospedale il 7 dicembre 1896 accusando un dolore violentissimo all'epigastrio con ripercussione al dorso in un punto corrispondente, ed in uno stato d'anemia acuta e di collasso prodotti da ematemesi abbondanti e ripetute.

La malata morì 4 giorni dopo la sua entrata all'ospedale presentando in tutto questo tempo una febbre che oscillò fra 38° e 39° C. All'autopsia si riscontrò una cirrosi epatica; nell'esofago al livello del cardias una corona di vene leggermente varicose, ma ivi non esisteva alcuna ecchimosi, alcuna ulcerazione, nulla che potesse indicare che l'emorragia avesse preso origine dall'esofago. Lo stomaco a prima vista sembrava non presentasse alcuna lesione macroscopica apprezzabile; ad un'osservazione attenta però si vide al disotto e a destra del cardias, a livello della piccola curvatura, una superficie scolorata biancastra allungata, larga 5 centimetri, lunga 8, avente un aspetto simile a quello che presentano le placche del Peyer nell'intestino tenue, ma a contorni più nettamente pronunciati.

Guardando attentamente questa regione si riscontrò una serie di piccole ulcerazioni arrotondate; delle erosioni simili si trovarono pure sulla parete posteriore dello stomaco. Sul fondo di tre o quattro di queste piccole ulcerazioni si scorsero dei coaguli sanguigni che indicavano molto probabilmente che ad esse era da riferire l'origine della gastrorragia che condusse a morte l'inferma. All'infuori di questi punti la mucosa non presentava delle lesioni macroscopiche ben nette.

Lainé, sulla guida sopratutto delle 9 osservazioni che riferisce in dettaglio, abbozza il quadro della malattia che compendia nelle conclusioni seguenti:

1°. L'erosione emorragica dello stomaco si

riscontra nei tubercolotici, nel periodo della gastrite terminale, nell'eclampsia puerperale, nella gastrite alcoolica, nella cirrosi atrofica; nell'uremia ecc. E' possibile di produrla sperimentalmente negli animali coll'iniezione diretta del bacillo lattico nello stomaco;

2°. La patogenesi è stata vivamente discussa; gli uni credono ad una lesione follicolare, gli altri ad una necrosi legata alla congestione intensa dei capillari; altri ancora ad un ascesso miliare in seguito alla di cui apertura si forma una piccola ulcerazione; alcuni infine ad un'azione caustica dovuta all' eliminazione per le ghiandole gastriche di veleni ritenuti nell'organismo come succede nell' uremia. La molteplicità di queste opinioni indica che non bisogna essere troppo esclusivi nell'esplicazione patogenetica di queste ulcerazioni. E' probabile che, a seconda delle circostanze, ciascuno di questi fattori abbia un'azione effettiva nella produzione delle erosioni emorragiche. Fra questi fattori si possono distinguere alcuni comuni a tutti i casi ed altri speciali che variano con ciascun caso.

Fattori comuni: congestione della mucosa, succo gastrico.

Fattori speciali: acido lattico prodotto da fermentazione (digestione del latte) carbonato d'ammoniaca (uremia), ascessi miliari (gastrite etilica, Balzer).

I primi sono gli adiuvanti dei secondi e si può concepire così la successione dei fenomeni: congestione della mucosa, ascesso miliare legato all' infiammazione, azione ulcerativa del succo gastrico (1). Talora in luogo dell'ascesso sono l' acido lattico o il carbonato di ammoniaca la causa dell'ulcerazione.

3° Queste lesioni si distinguono dall' ulcera rotonda perciò che la *muscularis mucosae* non è mai colpita mentre invece le tonache muscolari lo sono nell' ulcera; la ragione risiede forse nello stato delle cellule ghiandolari; nell'ulcera rotonda infatti queste sono ipertrofiche e secernono in una maniera esagerata (ipercloridria), nella gastrite con erosioni al contrario esse sono in via di atrofia e secernono senza dubbio meno che allo stato normale (ipocloridria) (2). Nel primo caso l' autodigestione è attiva, nel secondo quasi nulla.

(1) Questa azione ulcerativa del succo gastrico è in disaccordo coll'ipocloridria che l'Autore suppone esistere in questi casi.

(2) In nessun dei casi riportati dall'autore si fa cenno di analisi chimica del contenuto gastrico.

4° La sintomatologia di queste erosioni si perde in mezzo agli altri sintomi di gastrite; ma ciò che loro appartiene in proprio sono delle emorragie abbondanti e ripetute, che si fanno sempre dipendere da un'ulcera rotonda o da varici esofagee. L' autopsia soltanto dimostra la vera causa di queste ematemesi.

Recentemente Dieulafoy ha richiamato la attenzione sopra un'ulcerazione gastrica di cui fa una forma a parte ed alla quale ha dato il nome di *exulceratio simplex*. Egli riporta una diecina di osservazioni, di cui due proprie, e sulla base di esse ha tracciato il quadro della malattia. Dal lato anatomico l'*exulceratio simplex* è caratterizzata da una o più lesioni di continuo, di dimensioni varie, da quella di una moneta di 50 centesimi a quella di uno scudo, circolari, ellittiche od anche stellate, con sede varia, a margini non scollati, nè ispessiti.

Queste lesioni di continuo sono così superficiali che bisogna spiegare la mucosa per vederle; esse sono così poco profonde che tanto sul vivo (al momento dell'operazione) quanto sul cadavere, passerebbero facilmente inosservate senza un esame attento e senza l' idea preconcetta della loro esistenza, questa forma di ulcera differisce quindi del tutto dall'ulcera rotonda, perchè non presenta nè i margini induriti, nè le pareti ispessite, nè scavate ad imbuto.

Talora in vicinanza dell'ulcerazione od anche alla sua superficie si riscontrano delle chiazze rossastre d'apparenza ecchimotiche. Nei casi di Dieulafoy sul fondo dell'ulcera si poteva scorgere ad occhio nudo o meglio con una lente una piccola arteriola beante, causa dell'emorragia la quale, secondo quest'autore, costituirebbe la caratteristica dell' *exulceratio simplex*. Pur non avendo i caratteri dell' ulcera rotonda, Dieulafoy pare che propenda per l'ipotesi che questa lesione non ne rappresenti che lo stadio iniziale; ed a sostegno di quest'ipotesi cita un caso riferito da Bazy nel 1876 nei *Bullettin de la Société anatomique* nel quale al lato di un'ulcera semplice tipica in piena evoluzione esistevano altre due leggere ulcerazioni che secondo Dieulafoy avrebbero i caratteri dell'*exulceratio simplex*.

Dal lato patogenetico si tratterebbe, secondo questo autore, di una malattia tossi-infettiva; ed infatti nel territorio dell'*exulceratio* e nelle sue vicinanze le parti profonde della mucosa erano nelle sue osservazioni la sede di piccoli

ammassi, probabilmente piccoli ascessi miliari, reliquati di una toxi-infezione. Questi piccoli ascessi miliari avevano distrutto la mucosa e si erano versati nel cavo gastrico, lasciando così senza difesa gli strati sottogiacenti. Il processo che condurrebbe alla *exulceratio simplex* avrebbe, secondo Dieulafoy, il decorso di un processo acuto.

(*Continua*)

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE SAINT-ANTOINE DI PARIGI

Gilles de la Tourette

La corea delle gravide

Altre volte il Gilles de la Tourette, a proposito della diagnosi differenziale della malattia dei tics, diceva che non bisogna confonderla con la *chorea gravidarum*. Però quest'ultima affezione non pare abbia una esistenza propria e le sue manifestazioni dipendono il più spesso dall'isterismo. La questione della corea della gravide è da riprendere integralmente su nuove basi. La maggior parte delle osservazioni pubblicate appartengono ad autori inglesi (Senhouse, Kirkes, Ogle); ma all'epoca in cui questi autori descrivevano tali casi (1850-1868), la corea isterica era mal descritta e la malattia dei tics convulsivi era ancora completamente sconosciuta.

Quasi tutti gli autori credono che la *chorea gravidarum* sia la continuazione negli adulti della corea vera, del Sydenham; ma certamente, come diceva questo grande clinico inglese, non esiste corea vera dopo la pubertà. Questi malati, dicono i sudetti autori avevano avuto da bambini dei movimenti coreici; ma in questa età sono assai frequenti i tics.

In altre osservazioni si tratta certamente d'isterismo, i disturbi della sensibilità sono segnalati in un caso del Fournier. Infine in altri casi si tratta della corea cronica familiare o malattia di Huntington.

Così che pare che a forza si vuol far rientrare nello stesso gruppo della corea del Sydenham, questa sedicente corea gravidica, che non è talvolta se non la stessa corea del Sydenham, o la malattia di Huntington, o la corea isterica, o la malattia dei tics convulsivi.

Il Gilles de la Tourette ha avuto occasione di osservare due casi del genere.

Nel I° caso si tratta di una donna di 17 anni e mezzo, lavandaia, gravida all'VIII° mese. Le sue urine contengono una piccola quantità di albumina. L'arto superiore ed inferiore di sinistra offrono dei movimenti involontari senza significazione precisa, ora incoordinati, bruschi ed angolosi. Benchè persistenti questi movimenti cessano talvolta, e non si arrestano completamente se non durante il sonno, che del resto è molto cattivo. Essi si esagerano sotto l'influenza della volontà; la deambulazione perciò è difettosa; la testa è portata alternativamente avanti e dietro, il tronco s'inchina in tutti i sensi. Non vi ha però nulla di ritmico; non vi sono i caratteri arrotonditi della corea del Sydenham; l'influenza della volontà non li fa cessare come nella malattia dei tics. Esiste uno stato mentale particolare di cui parleremo più in là.

L'agitazione coreica si è svolta il 18 marzo ultimo, essendo incinta di 6 mesi e $^1/_2$ e in buona salute, benchè accasciata dall'ultima gravidanza. Ella si trovò allora come ebetita, incosciente. La dimani, forse sotto l'influenza di allucinazioni visive, si affacciò alla finestra e cominciò ad insultare i passanti, fece le finte di strangolare suo figlio e di gettarlo dalla finestra. Dopo periodo quasi delirante s'iniziò l'incoordinazione muscolare. Anche oggi il suo stato mentale non è soddisfacente; essa è in preda ad idee melanconiche, a preoccupazioni ipocondriache, piange ad ogni istante. Fin dal suo ingresso all'ospedale essa prorompe, per una ragione la più futile, in invettive; la coprolalia è incontestabile. Le perturbazioni dello stato mentale non sono di data recente; la malata è stata sempre di un carattere difficile, soggetto ad alternative di eccitazioni e di depressione. Da molti anni essa ha una tendenza irresistibile a proferire parole cattive.

Nell'infanzia, verso i 7-8 anni, la malata ebbe un accesso di sonnambulismo notturno. Essa ha sempre dormito male; le sue notti erano intramezzate da sogni ed incubi. Oggi l'insonnia è quasi completa. Durante la sua prima gravidanza, che terminò l'8 aprile 1878, ebbe una sincope che durò per alcuni momenti.

Non esistono in essa dei disturbi sensoriali ma le diverse sensibilità sono mal percepite su tutto il lato sinistro del corpo che, per ciò, è ipoestesico.

Si sa l'importanza che il Gilles de la Tourette dà al sonnambulismo dell'infanzia. Fin dal 1887 egli ha detto che il sonnambulismo, che si diceva allora naturale o fisiologico, non era altro che uno stato patologico e che si riscontrava quasi esclusivamente negli isterici dell'avvenire. Questo sonnambulismo, congiunto ai sogni ed agli incubi notturni (il sonnambulismo non è che un sogno in azione) all'attacco sincopale e, sovratutto, alla ipoestesia sinistra, permettono di concludere che la malata del Gilles de la Tourette sia una isterica.

Essa sarebbe isterica e ticcosa, affetta da questa associazione morbosa di cui gli esempi non sono rari.

Durante il primo interrogatorio la malata affermò

che i grandi movimenti incoordinati s' iniziarono bruscamente nel mese di marzo ultimo, al 7° mese di gravidanza. Però dalle notizie avute dai suoi familiari risulta che ella andava incontro, prima di soffrire questi grandi movimenti, ad un' altra specie di movimenti.

Difatti, ella offre delle piccole scosse specie sui muscoli della faccia: essa si morde le labbra, chiude la bocca vigorosamente. Questo tic facciale si è iniziato tra i 12-13 anni, ed ha avuto degli intervalli di peggioramento e di miglioramento. Questo tic, associato alla coprololia e allo stato mentale particolare, basta per definire la diagnosi di ma lattia dei tics convulsivi in modo indiscutibile.

Ora l'insieme dei movimenti incoordinati che si sono accentuati durante lo stato gravidico possono giustificare la diagnosi di corea delle gravide?

Certamente la malattia dei tics quì è indiscutibile. Ma si sa che uno dei caratteri fondamentali dei movimenti nei ticcosi è la cessazione di essi sotto l'influenza della volontà. Ora malgrado tutte le ingiunzioni, la malata pare impotente a farli cessare; però c'è da riflettere che il suo stato mentale la rende indifferente a tutto quanto la circonda.

L'isterismo in lei è anco indiscutibile; non può essa allora modificarlo in qualche modo? Si sa, difatti che la corea isterica può essere aritmica.

Ora non è inutile disponendo di due affezioni nettamente classificate la malattia dei tics e l'isterismo di fare intervenire la *chorea gravidarum*, sol perchè questa donna è gravida?

La sua prima gravidanza è passata bene; la sua seconda gravidanza, molto prossima alla prima, in condizioni igieniche difettose, non agì che come causa provocatrice, creando un' opportunità morbosa.

L'altra malata, portinaia, ebbe l' influenza alla fine di gennaio. Convalescente dopo 15 giorni, ebbe dolori con rossore e tumefazione in quasi tutte le articolazioni degli arti, per i quali le rimasero poco tempo dopo delle sensazioni penose nelle principali articolazioni. Alla fine di febbraio ella divenne di carattere irritabile. Essendo probabilmente gravida dei primi mesi, il 10 o 12 aprile le comparvero nel braccio sinistro dei movimenti volontari, consistenti in frequente alzar delle spalle ed incoordinazione motrice; ella non poteva trattenere un oggetto nella mano senza che lasciarlo cadere. Il 30 aprile i movimenti si erano estesi all' arto inferiore sinistro, predominando sempre sul braccio, persistendo quasi di notte e di giorno, soggiogati talvolta da uno sforzo volontario violento, scomparendo per ricomparire più tardi sotto l'influenza della più leggiera emozione. La deambulazione è possibile sebbene irregolare; i riflessi rotulei sono normali. L' incoordinazione motrice da qualche giorno ha guadagnato i muscoli della testa e del collo, producendo dei segni di affermazione o di negazione, e quelli della faccia.

Il carattere è divenuto ancora più bizzarro; si incollerisce per nulla; è triste, ipocondriaca, tendente al suicidio; gl' interrogatori sono seguiti da crisi di lacrime.

I movimenti somigliano in qualche modo a quelli della danza di S. Vito, sono stati consecutivi al reumatismo; perchè non metterli allora in conto della corea vera o del Sydenham?

Ma la corea del Sydenham è rara dopo la pubertà; poi la relazione tra corea e reumatismo sono più che problematiche (G. Sèe); le localizzazioni articolari di questa malata sono probabilmente da influenza.

Ma non potrebbe trattarsi anco quì della *chorea gravidarum?* Questa donna non è in nessun modo una coreica; essa è una nervosa ereditaria; suo padre e sua madre sono bevitori, una zia materna ebbe forse la corea; una sorella è ticcosa e coprolalica.

A 22 anni la malata ebbe delle convulsioni; bambina, il suo carattere era assai difficile. Tra i 4 ed i 5 anni ella cominciò a soffrire dei piccoli movimenti spasmodici nella faccia (strizzar d'occhi, appuntar le labbra, ecc.).

Questi tics non sono mai scomparsi; si sono a volta esaltati od attenuati. Ancor oggi essi esistono.

Da molti anni poi ella pronuncia delle parolacce, emesse bruscamente senza causa plausibile; il suo stato mentale è costituito di timori ed apprensioni.

E perchè non vedere in lei, uno di quei parossismi così frequenti nel corso della malattia dei tics convulsivi? Questa malata ha poi avuto un accesso convulsivo tonico-clonico fin dal suo ingresso nell'ospedale, seguito da una transitoria anestesia generalizzata; molto probabilmente si è trattato d'isterismo quantunque non esistano delle stimmate permanenti.

Ecco dunque due donne gestanti in preda ad un insieme di movimenti incoordinati, che si potrebbero qualificare come coreici. Però l'anamnesi ha fatto rilevare in entrambe l'esistenza della malattia dei tics convulsivi. La gravidanza non potè che provocare un parossismo.

Così la *chorea gravidarum*, formata di elementi disparati, non ha ragioni d'esistere; la corea del Sydenham non esistendo al di là della pubertà, la corea cronica essendo molto rara, è all'isterismo ed alla malattia dei tics convulsivi che bisogna attribuire la maggior parte, se non la totalità, dei casi d' incoordinazione motoria che si riscontrano nelle gravide.

In un buon numero di casi di corea delle gravide si è provocato l' aborto per far cessare l'incoordinazione dei movimenti. In certi casi questo intervento è servito per calmare o far scomparire lo stato nervoso; in altri casi non ha prodotto nulla. Ora non esistendo una *chorea gravidarum* è inutile un simile intervento. L'isterismo e la malattia dei tics sono incapaci di produrre la morte della donna,

tutto al più potrebbero agire dannosamente sul prodotto del concepimento; in tutti i casi essi farebbero meno male di un intervento operativo.

Il Gilles de la Tourette crede che in presenza di una donna gravida affetta da movimenti detti coreici, anco se l'agitazione muscolare, l'insonnia, lo stato mentale sono serii, bisogna pensarci due volte pria di consigliare l'intervento.

La *chorea gravidarum* dev'essere radiata dal quadro nosografico allo stesso titolo della *tetania delle gravide*, che per il Gilles de la Tourette deve rientrare nel campo dell'isterismo (*La Semaine médicale*, n. 39, 13 settembre 1899).

Movimento universale biologico

1. Campo fa delle ricerche « **sui microrganismi della bocca dei neonati e sul loro sviluppo e potere patogeno in rapporto alle prime funzioni della vita.** » Conclude che il contenuto della bocca è sterile nell'interno dell'utero. L'influenza della respirazione sul contenuto della bocca si manifesta con lo sviluppo dei batteri più frequenti nell'aria, che, trovando un terreno propizio, vi si moltiplicano con grandissima facilità. La lattazione in primo tempo determina, per l'azione meccanica del succhiamento, una diminuzione dei microrganismi della bocca, ma nel tempo stesso si ha l'attecchimento di nuove specie batteriche. I microorganismi della bocca dei neonati non sono forniti di alcun potere patogeno. (*La Pediatria* n. 8, agosto 1899).

2. Calandra si occupa « **dei mezzi naturali di difesa dell'utero dalle invasioni batteriche** ». Conclude in riguardo al tema delle auto- ed etero-infezioni puerperali che, se auto-infezione esiste, essa non può trarre origine da microrganismi dell'utero, il quale é normalmente sterile. (*La Clinica moderna*, n. 36, 6 settembre 1899).

3. Distefano fa delle ricerche sulle modificazioni anatomiche del rene nell' « **idronefrosi sperimentale.** » Conclude che: 1° Perchè si produca l'idronefrosi è sufficiente abolire bruscamente la funzione dell'uretere; non è necessario come vogliono alcuni, che la stasi si produca lentamente. 2° La sacca idronefrotica cresce per graduale distruzione e scomparsa della parte funzionante del rene e per la pertinenza ed addensamento del connettivo preesistente. 3° La distruzione del parenchima avviene: *a*) in primo tempo per quel complesso di processi degenerativi ed essudativi che si aggruppano sotto la denominazione di nefrite parenchimatosa acuta; *b*) negli stadi ulteriori per un graduale processo di atrofia. 4° In nessuno stadio si può dimostrare una neoformazione di connettivo. (*Il Policlinico*, n. 16, 16 agosto 1899).

4. Mariottini fa delle ricerche « **sulla leucocitosi difterica.** » Conclude che gli esami del sangue nella difterite sono utili solo per la constatazione della leucocitosi, la quale è costante, quantunque più o meno elevata e indipendente dall'età dell'ammalato così come dalla temperatura. La constatazione della diminuzione progressiva della leucocitosi può servire in clinica a confermare insieme coi fenomeni clinici l'esito favorevole della malattia. (*La Pediatria*, n. 8, agosto 1899).

5. Kortelius tratta del « **cavallo in rapporto alla anchilostomiasi dell'uomo** ». Le osservazioni, fatte da molti autori, che l'anchilostoma duodenale si trova frequentemente in quegli operai che hanno da lavorare con cavalli, fa supporre che questi animali rappresentino un intermediario fra l'uomo e il parassita. Del resto negli escrementi di alcuni cavalli si son trovate le uova di anchilostoma. (*Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde, und Infectionskranheiten*, Bd. XXVI, n. 6).

6. Beuttner riferisce un caso di « **febbre puerperale di infezione streptococcica, guarita col siero di Marmorek.** » Trattavasi di una giovane ventiduenne, primipara, la quale tre giorni dopo il parto fu assalita di febbre alta (40°), e in una delle pareti vaginali vedeasi un'ulcera (ulcera puerperale). I comuni mezzi rimasero infruttuosi, invece dopo l'iniezione di 15 cm. di siero di Marmorek l'indomani la febbre scomparve. Si fece indi un'altra iniezione a scopo preventivo, per l'eventuale ritorno della febbre. (*Centralblatt für Ginäkologie*, 1899 n. 33).

7. Talamon riferisce un caso di « **sifilide renale precoce.** » Trattavasi di una ragazza sifilitica la quale si presentò con fatti di nefrite acuta. Contemporaneamente comparve la roseola. La dieta lattea e il riposo e la cura specifica riuscì a guarire l'inferma dalle lesioni renali. (*Le Mèdecine moderne*, n. 60, 30 agosto 1899).

8. Liégois a proposito della « **malattia del Raynaud** » dice che ne esistono dei casi curabili e degli incurabili mortali. In un primo gruppo di casi si tratta di uno spasmo delle arteriole simmetrico in rapporto con l'iperestesia dei centri vasomotori a livello delle vertebre cervicali o dorsali superiori o lombari inferiori, dolorose alla pressione; in tali casi giova la somministrazione del chinino, l'applicazione di qualche vescicante volante sulle vertebre apofisialgiche, e della corrente. In un altro gruppo si tratta di una sensibilità termica idiosincrasica; giovano allora i bagni e gli eccitanti cutanei. In altri casi si tratta di arteriosclerosi, come causa predisponente; giova allora la trinitina, il tetranitrolo, la jodotirina). (*Journal des praticiens* n. 36, 9 settembre 1899).

9. Gemmel si occupa della « **miosite ossificante progressiva.** » Riferisce due casi osservati

nella sua pratica (uomo di 54 anni e uomo di 60), in cui si aveva un esostosi lussureggiante tipica. Entrambi i pazienti soffrivano da lungo tempo di gotta. (*Wiener klinische Rundschau* n. 34, 35, 1899).

10. Merk descrive un «**caso raro di orticaria cronica,**» ribelle a tutte le cure. La rarità del caso riguarda la sede in quanto che i pomfi risiedevano nella mucosa della bocca, della gola e del laringe. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, n. 36) 5 settembre 1999.

PATOLOGIA MEDICA

La forma intermittente dell' albuminuria familiare

L'influenza dell' eredità sull' albuminuria e la coesistenza di molti casi di albuminuria nell'istessa famiglia, sono state osservate da Lécorchè e Talamon, Dickinson, Arnozan, J. Teissier, Fürbringer, Eichhorst, Kidd, Wagner. Il Talamon ammette un'albuminuria minima ereditaria e familiare. Il Teissier descrive l'albuminuria intermittente ciclica, a ciclo diurno, nei giovani provenienti da artritici, albuminuria che egli ha denominato malattia del Pavy. Il Fürbringer parla della sclerosi renale dovuta ad una litiasi renale probabilmente congenita. Le osservazioni del Dickinson sembrano riferirsi ad una albuminuria sempre mortale; egli ha osservato 4 generazioni di albuminurici. L'Arnozan ha visto nell'istessa famiglia il male del Brigt, l'albuminuria ciclica ed una nefrite infettiva.

Si vede che il termine di albuminuria familiare si applica a fatti molto differenti; noi mettiamo da banda l'albuminuria ereditaria dei neonati provenienti da eclamptiche.

L'albuminuria essendo una parola di significato patologico molto variabile, la questione è di sapere se vi ha una malattia familiare speciale caratterizzata dall'albuminuria, e se le osservazioni prese nella stessa famiglia non sono dei fatti disparati. Una malattia è familiare quando, senza mutar di forma, colpisce molti bambini di una stessa generazione (Adams).

Potrebbero in vero esistere molte specie di albuminuria familiare; noi c'intratterremo qui della forma intermittente.

L' albuminuria intermittente è assente generalmente a digiuno e specie dopo il riposo della notte; essa offre il *maximum* dopo i pasti e la fatica. La quantità giornaliera raramente oltrepassa un grammo.

Il Londe (*Archives générales de médecine*, n. 3, settembre 1899) ha recentemente osservato l'albuminuria intermittente familiare in 6 famiglie. Egli ha visto, per quel che concerne l'analisi delle urine, che vi ha diminuzione del rapporto azoturico (rapporto dell'azoto ureico all'azoto totale); che vi ha aumento del rapporto dell' acido fosforico terroso all'acido fosforico totale (tutti i suoi malati sono neuro-artritici); che vi ha abbasamento totale degli elementi disciolti, che va accentuandosi con l' età. Insomma vi è diminuzione delle ossidazioni con rallentamento della nutrizione. L'assimilazione è insufficiente.

I disturbi digestivi sono costanti. Vi ha iperstenia gastrica od ipercloridria, o dispepsia con fermentazione. Non ci è sempre distensione o dilatazione gastrica. L'appetito é buono, spesso esagerato. La lingua è talvolta giallastra alla base; l'alito fetido.

Il fegato in genere oltrepassa le false coste; vi ha colorito giallastro, il pigmento rosso-bruno nell'urina, indicanuria (Gilbert e Weill), eliminazione intermittente del bleu di metilene (Chauffard, Londe), costipazione, peso all'ipocondrio. È frequente la cefalea, chiamata talvolta a torto: cefalea dell'accrescimento. Questi albuminurici sono tutti nevropatici personalmente ed ereditariamente. Durante l'evoluzione dell'albuminuria intermittente lo stato psichico si modifica: vi ha torpore, tristezza, inattitudine al lavoro, irritabilità.

Lo stato generale è quello dell' anemia; il colorito é pallido o giallastro; c' è astenia, soffio alle giugulari, dimagramento.

Una complicazione frequente è l'amigdalite lacunare con attacchi di angina eritematosa. Possono esistere delle vegetezioni adenoidi (Gallois, Londe)

L'inizio in genere é insidioso; è difficile però fissare la data di comparsa dell'albumina. La malattia s'insedia progressivamente; poi subisce una serie di remissioni e di recrudescenze, dovute alla fatica, all'accrescimento; generalmente procede ad accessi, separati da periodi di miglioramento o di guarigione apparente.

Sotto l'influenza di un'infezione, del regime o del riposo a letto, l'albumina scompare dall'urina. La terminazione dell' albuminuria intermittente familiare è la guarigione; ma è possibile che sovraggiunga il male del Bright.

La prognosi quindi, fatta quest'ultima riserva, è ordinariamente benigna.

Le cause predisponenti stanno nella diatesi neuroartritrica. L'adolescenza è l'età più favorevole allo sviluppo della malattia; ma il Londe l'ha vista svilupparsi più tardi. Negli antecedenti dei malati si riscontrano il linfatismo, l'amigdalite, le nevropatie, l' enterite, l' orticaria, la scarlatina. Come cause occasionali sono da segnalare i disturbi digestivi, il lavoro fisico od intellettuale, e forse le impressioni morali deprimenti. La causa determinante ci sfugge; la sola che si potrebbe invocare è la dispepsia, ma questa é piuttosto la conseguenza di un disordine di sviluppo di origine ereditaria.

La diagnosi è facile, ma bisogna domandare l'orina della veglia, quella emessa dopo il principio della colezione e quella della sera dopo una passeggiata.

L'albuminuria intermittente familiare rassomiglia alla albuminuria di positura dello Stirling, alla albuminuria funzionale del Raalfe, all' albuminuria intermittente dei giovani, o albuminuria pregottosa dei bambini, albuminuria ciclica o malattia del Pavy, alla albuminuria digestiva di Alberto Robin, all'albuminuria fisiologica di accrescimento di W. Gull, alla albuminuria di accrescimento (Moxon, Morley Rooke, Dukes, Springer), al cloro-brightismo del Dieulafoy.

Nell'albuminuria familiare intermittente si tratta di un'albuminuria di origine digestiva (Robin)? di lesioni renali? di una congestione attiva o passiva (Merklen, Tapret)? di un disturbo generale della nutrizione? Il Londe ammette una teoria eclettica: si tratta di una discrasia avente per conseguenza un disturbo nervoso e circolatorio, capace forse di creare alla lunga una lesione più o meno durevole. Il disturbo vaso-motore potrebbe nascere sotto diverse influenze (riflesse o tossiche?) per esempio sotto l'influenza della digestione o della stazione eretta. Il carattere familiare conferma l'ufficio che gode l'eredità nella genesi della discrasia originaria.

Talvolta l'albuminuria intermittente si trasforma in male del Bright; si vedono ancora delle nefriti sub-acute, guarendo, dar luogo all'albuminuria intermittente; esistono talvolta alcuni piccoli segni del brightismo nell'albuminuria intermittente; infine, nell'istessa famiglia si osservano in certo modo i differenti gradi di gravità dell'albuminuria: albuminuria intermittente passeggera, residuale, male del Bright. È possibile che l'albuminuria intermittente (compresavi l'albuminuria digestiva e quella dell'accrescimento), il cloro-brightismo e la nefrite per aplasia arteriosa, pur formando tre gruppi di fatti distinti, non sono pertanto che tre gradi di una stessa malattia di evoluzione, rilegati gli uni agli altri mediante casi intermediari.

La cura dev' esser diretta pria di tutto contro i disturbi digestivi; bisogna frattanto ordinare il riposo completo intellettuale e fisico.

Il regime latteo integrale non è necessario, almeno per un tempo lungo; anzi potrebbe essere nocivo (Londe). Bisogna sorvegliare lo stato della gola. Si ordini la vita all'aria libera.

MEDICINA OPERATIVA

GLI INTERVENTI SUL SIMPATICO CERVICALE

Gli interventi che si praticano sul simpatico cervicale sono: la resezione totale, la resezione parziale e la sezione.

La resezione totale comprende l'estirpazione di tutta la catena del simpatico cervicale, dalla base del cranio fino al collo della 1ª costa. Dopo le ordinarie precauzioni antisettiche, si procede alla cloronarcosi; la testa è girata da canto e si delimita il campo operativo con compresse asettiche.

Riconosciuto il margine anteriore teso dello sterno-mastoideo, l'angolo posteriore del mascellare inferiore, l'apofisi mastoide, la clavicola, che si fa discendere più in basso possibile traendo sul braccio, riconosciute le apofisi trasverse delle vertebre cervicali, lungo le quali si troverà il cordone del simpatico, specie della VIª che è la più prominente, situata a tre dita trasverse al di sopra della clavicola, riconosciuto il triangolo scaleno-vertebrale, sede del ganglio cervicale inferiore, s'incidono i tegumenti lungo una linea diritta che riunisce il punto d'unione del $^1/_3$ interno e dei $^2/_3$ esterni della clavicola alla sommità della mastoide, che in basso corrisponde al margine posteriore dello sterno-mastoideo. Si disseca lo spazio cellulare che separa lo sterno-mastoideo dai grossi vasi del collo; si scorge allora il piano formato dagli scaleni e dalla colonna vertebrale. La vena giugulare esterna viene sezionata tra due legature. Si rispetteranno il trasverso del collo e l'auricolare che stanno all'angolo superiore dell'incisione, perchè la loro sezione produrrebbe anestesia o dolori del collo, nell' orecchio, nella faccia. Al disotto di questi nervi si sezionano per una piccola estensione le fibre dello sterno-mastoideo. S' introduce quindi l' estremo dell' indice sotto la faccia profonda del muscolo e lo si scolla dalla faccia anteriore degli scaleni e dalla colonna vertebrale, fino a livello dell'apofisi mastoide e fin sotto la clavicola. A livello del tubercolo della VIª vertebra cervicale si cerca e si trova il simpatico.

Lo si afferra con una pinza e lo si scolla dal basso in alto; nell'angolo superiore della ferita si trova l'estremo inferiore del ganglio superiore.

Nel 2° tempo si estirpa il ganglio superiore, servendosi della sonda per la dissezione e di una pinza emostatica che serve a strapparlo imprimendo dei piccoli colpi di trazione e di torsione.

Nel 3° tempo si estirpa il ganglio medio ed inferiore. Il primo si trova nel triangolo scaleno-vertebrale, che è uno spazio piramidale limitato dallo scaleno anteriore, dalla colonna vertebrale (VIIª cervicale e Iª dorsale), dal lungo del collo, dalla pleura, da un foglietto aponevrotico all'innanzi e contenente l'arteria succlavia, la vertebrale, il tronco bicervico-scapolare, il tronco costo-cervicale, la mammaria interna, la vertebrale, la scapolare superiore, la cervicale trasversa superficiale, la cervicale ascendente e la tiroidea inferiore, il tronco cervico-costale la vena giugulare posteriore.

Il simpatico penetra nel triangolo scaleno-vertebrale dalla sua sommità e finisce nel ganglio inferiore a cavaliere della parte interna del collo

della I. costa, a livello della fossetta costo-pleurale del Sebileau. Questo ganglio ha il volume e la forma di un fagiuolo. Con la sonda si sprigiona il ganglio sezionando prudentemente le sue connessioni sotto il controllo della vista; poi con una pinza emostatica si strappa mediante movimenti di torsione.

Nel quarto tempo si sutura la ferita con catgut fine.

La durata dell' operazione è di 10-15 minuti come dice il Juvara (*La Presse médicale,* n, 73, 13 settembre 1899).

Le complicanze consistono nella emorragia proveniente dalla lacerazione della faringea ascendente che si arresta con il tamponamento, della lacerazione della tiroidea, che si frena con la doppia legatura. Bisogna operare con il massimo sangue freddo per non ferire vasi importanti, il canale toracico, il frenico, il vago.

La resezione parziale può essere più o meno estesa; essa comprende l' estirpazione del nervo dalla base del cranio fino al tubercolo della VIª cervicale (ganglio superiore e medio, tratto che li unisce): può solo interessare il ganglio superiore ed il piccolo tratto che segue. L'incisione è la stessa di quella praticata per la resezione totale, almeno per la direzione: si estenderà dall' angolo del mascellare fino a due dita trasverse al di sopra della clavicola per la resezione del ganglio superiore e medio; si estenderà dall'angolo mascellare fino al VIº tubercolo per la resezione del ganglio superiore solo.

Niente vi ha di più facile, infine, della simpaticotomia. Il nervo, essendo denudato, viene sezionato con un colpo di forbici sia sotto il ganglio superiore, sia più in basso, verso il mezzo del collo: per far meglio se ne resecheranno alcuni millimetri.

Il Jonnesco pratica la resezione totale e bilaterale in tutti i casi di epilessia e di gozzo esoftalmico, e si contenta della semplice resezione del ganglio superiore nel glaucoma. Il Jaboulay, nella epilessia e nel gozzo esoftalmico fa la simpaticotomia e con molta parsimonia la resezione parziale del ganglio superiore e del cordone che gli segue.

FORMULARIO

Willon — Contro l'eczema semplice

Sugna lavata	gr.	50
Polvere di benzoe.	»	2

fa digerire per 6 ore, passa per panno e aggiungi:

Ossido di zinco.	gr.	12

Uso esterno.

Barthèlémy. — Cura dell'eczema seborroico

Carbonato di potassio	gr.	1
Solfo precip. e lavato	»	10
Balsamo del Perù.	»	2
Vaselina benzoica.	»	12
Acqua di lauro-ceraso / Alcool di menta		q.b.
Olio di ricini.	gr.	50

o:

Olio vegetale fresco	»	70
Acqua di calce.	»	30
Resorcina.	»	3
Vaniglina.	»	0,05

da applicare sulle placche eczematose.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste

Oporto, 15. — Ieri nessun caso di peste. Il governo mantiene il cordone sanitario malgrado l'opposizione dei medici.

Madrid, 16. — I medici spagnuoli, tornati da Oporto, confermano che diminuisce la forza espansiva della peste.

Parigi, 16. — Sono arrivati da Oporto anche i medici norvegesi.

La popolazione vi continua ad essere ostile alle misure prese e ieri lanciò pietre contro gli impiegati che portavano un cadavere nella sala necroscopica.

Le botteghe sono sempre chiuse. Si prepara un gran *meeting* di protesta e si pregherà il vescovo di presiederlo.

Tamatava. — Si sono verificati tre casi di peste. Si presero delle grandi precauzioni.

Le condizioni sanitarie del Regno

Le condizioni sanitarie del regno seguitano a mantenersi ottime.

Nello scopo però di tenersi pronti per qualunque eventualità, sono stati a cura del ministero dell'interno accresciuti i mezzi di profilassi, di cui normalmente dispongono le stazioni di sanità marittime.

Così pure fu ordinato che in varii punti del regno opportunamente scelti, siano tenute in deposito abbondanti scorte di disinfettanti da potersi celeremente distribuire dove se ne manifestasse il bisogno.

All'Isola di Pianosa funziona già un laboratorio governativo per la preparazione del vaccino Haffkine, modificato; ed anche prima di assicurarsi tale produzione, il ministero dell' interno aveva pronti sieri e vaccini provenienti dai più accreditati istituti.

Accademia dei Lincei

La classe scienze fisiche, matematiche e naturali ha nominato tra i socii stranieri i professori Pfeiffer

Guglielmo, Haeckel Ernesto, Von Beneden Edoardo Pflüger Edoárdo, Hering Ewald.

Premio Vallauri

Il ministero della pubblica istruzione ha autorizzato l'Università di Torino ad accettare il lascito Vallauri per l'istituzione di un premio a favore di uno studente universitario di Chiusa-Pesio, oppure di Cuneo. L' annua rendita di lire 500, depurata ogni tassa, costituirà ogni anno scolastico un premio per uno studente regolarmente iscritto all'università esclusi gli studenti fuori corso ed i ripetenti. Il premio sarà conferito alla fine di ogni anno scolastico ad uno studente universitario nativo di Chiusa-Pesio.

Se fra gli studenti della R. Università non ve ne sarà uno nativo di Chiusa-Pesio, il premio si darà ad uno studente universitario nativo della città di Cuneo.

Congresso Nazionale di Medicina Veterinaria in Como — 25-30 settembre 1899

La seduta d'apertura del congresso di Igiene e di Medicina Veterinaria avrà luogo nella grande aula del Broletto (Piazza del Duomo) alle ore 10 del 25 corr. con un discorso del professore senatore Giulio Bizzozero sul tema: L' Igiene pubblica in Italia. Nel pomeriggio dello stesso giorno nell'aula del Consiglio Provinciale (Palazzo del Liceo) incominceranno le sedute speciali del congresso di Medicina Veterinaria, il quale, secondo l'ordine che verrà stabilito dalla sua presidenza, proseguirà i suoi lavori fino al 30 settembre.

Sono presidenti onorari del Congresso gli illustri professori Guido Baccelli e Giulio Bizzozero ed è presidente effettivo l'illustre professore Camillo Golgi. Il Comitato d'Onore è così composto: E. Aruch (Perugia), G. Baraldi (Pisa), R. Bassi (Torino), D. Bertacchi (Torino), M. Berto (Torino), A. Boccalari (Genova), F. Boschetti (Parma), P. Bosi (Firenze), F. Brazzola (Bologna), L. Bresasco (Torino), G. Cocconi (Bologna), G. Franceschi (Milano), B. Galli-Vallerio (Lausanne), G. Generali (Modena), A. Gotti (Bologna), G. Griglio (Palermo), N. Lanzilotti Buonsanti (Milano), Lej (Cagliari), G. Mazzini (Torino), I. Nosotti (Roma), N. Orenco (Roma), P. Oreste (Napoli), G. Pagani (Piacenza), G. Paladino (Napoli), E. Perroncito (Torino), G. P. Piana (Milano), Polverini (Girgenti), L. Reggiani (Verona), G. Savarese (Genova), D. Sbardolini (Brescia), L. Sbraggia (Catania), C. Schieppati (Milano), E. Sertoli (Milano), A. Trevisan (Venezia), A. Vacchetta (Pisa), G. Valdonio (Parma).

Le Ferrovie, la Lariana, la Funicolare di Brunate, l'Esposizione Voltiana e quella di Belle Arti hanno accordato pei congressisti rilevanti ribassi. I congressisti godranno poi l'entrata gratuita ai Musei di Storia Naturale e d' Arte e Archeologia ed avranno libero accesso nelle sale del Casino Sociale. In questo anzi alla sera del 25 corr. avrà luogo in onore dei congressisti un grande concerto per cura del Club Musicale. Al 28 poi si farà una gita sul lago con piroscafo gentilmente offerto dal Municipio.

La tassa di iscrizione al Congresso è di L. 10 e dà diritto al volume degli atti. Essa si riceve dal segretario generale Dottor Cosimo Binda (Como)

GAZZETTINO

ROMA. *Contro i disboschimenti.*—L'on. Salandra ha ordinata la sospensione delle operazioni di disboscamento in parecchie località del Regno, volendo prima consultare in proposito una commissione tecnica.

FIRENZE. *Per l'istituto antirabbico.* — Il Consiglio provinciale ha approvato il contributo di L. 200 per l'Istituto antirabbico di Firenze.

MODENA, 14. *Il prof. Puglia.*—È morto qui, ieri, il prof. Giuseppe Puglia professore di fisiologia nella nostra Università.

I funebri riuscirono una vera e propria dimostrazione di affetto, commoventissima. Sul feretro parlarono il rettore della R. Università prof. Cesari, l'avv. Pacifico Levi a nome della cittadinanza, il prof. Corona fisiologo della Università di Parma, e il prof. Levi ex-assistente del prof. Puglia.

CASALE (Monferrato). *Radioscopia - Conferenza - Banchetto.*—L'associazione sanitaria del Monferrato, costituita in questa città, e che riunisce i medici, farmacisti e veterinari del circondario, ha una breve ma operosa vita. Una prova del suo fiorire è stata una interessantissima seduta di radioscopia.

La si tenne stamane alle ore 9 in una sala del collegio Trevisio e per essa venne appositamente da Torino l'elettricista sig. Eugenio Cerruti cogli appositi apparecchi elettrici.

Prima che si cominciasse gli esperimenti il cavaliere dottor Beltrame, presidente dell'associazione, accennando alla grande importanza della radioscopia, spiegò com'era nata l'idea di questi esperimenti in Casale, dandone il merito al dott. Pinolini.

Il signor Cerruti, assistito dal dott. Pinolini cominciò gli esperimenti dei raggi Röntgen che riuscirono interessanti e destarono l'ammirazione del pubblico per la potenza dei raggi meravigliosi.

Verso le 10 e mezza si sospesero i detti esperimenti e si passò in una sala del Municipio dove si ebbe la conferenza del cav. dott. Flavio Valerani, sui progressi della chirurgia.

L'oratore, presentato dal presidente cav. Beltrame, svolse la sua conferenza ascoltata religiosamente. Più vi fu all' albergo Rosa Rossa un banchetto in onore del conferenziere cav. Valerani.

Dopo il pranzo, i discorsi in lode del Cerutti, del dott. Valerani e dell'associazione.

Parlarono il presidente dott. Beltrame, il dottore Villavecchia, il medico provinciale il dott. Toso, un

rappresentante dei farmacisti il dott. Castagnora, il dott. Pinolini e finalmente il dott. Valerani.

Dopo il banchetto si fecero nuovi esperimenti coi raggi Röntgen e in altra parte l'assemblea dell'associazione prese a discutere degli interessi particolari della classe, fissando la città di Moncalvo a sede della prossima assemblea.

NOVARA. *Ospedale di S. Giuliano.*—Il commendatore avv. Vittorio Magnani-Ricotti, nominato testè dal prefetto a presiedere questo ospedale in sostituzione del dimissionario ing. Bertoli, ha preso ieri possesso del nuovo ufficio affidatogli.

PISTOIA. *Chirurgo all'Ospedale.*—A secondo medico astante nell'Ospedale venne confermato il dottor Ezio Cecchini, che già ne aveva sostenuto lodevolmente le funzioni.

BOMBAY. *Uso del siero antibubbonico.*—Dal 1° al 20 luglio furono ammessi all'Acthur Road Hospital 28 malati di peste: di questi ne furono trattati col siero uno si e uno no secondo l'ordine di ammissione. In tal modo furono sottoposti alla sieroterapia 14 infermi e 14 furono lasciati per controllo. Al 20 luglio i risultati erano i seguenti: *Malati sottoposti al trattamento*, in convalescenza 9, morti 1, in cura 4. *Malati non sottoposti al trattamento:* in convalescenza 0, morti 11, in cura 3.

INGHILTERRA. *La pazzia.* — Una recente statistica constata il crescere della pazzia in Inghilterra e nel paese di Galles. Al primo gennaio si contavano 105086 pazzi, ossia un aumento di 3114 su quelli dell'annata precedente. L'aumento si rileva in tutte le classi sociali. Il governo ha ordinato un'inchiesta per studiarne le cause.

PARIGI. *Statistica mortuaria*—Il servizio di statistica municipale ha segnato durante la 33ª settimana 978 decessi, cifra superiore a quella della settimana scorsa (926). Si sono avuti: 31 decessi per febbre tifoide, roseola 30, scarlattina 2, pertosse 10, difterite 2, diarrea infantile 143, debolezza congenita 31.

Le malattie infiammatorie degli organi del respiro hanno causato 69 decessi, le altre malattie degli stessi organi hanno causato 31 decessi di cui 25 furono dovuti a congestione polmonare. La tisi ha causato 167 decessi, la meningite tubercolare 13, la meningite semplice 17, l'apoplessia, la paralisi e il rammollimento cerebrale 55, le cardiopatie 44, il cancro 46 e infine 34 vecchi son morti per marasmo. Si sono avuti 17 suicidi e 24 morti violenti.

PARIGI. *Assistenza pubblica.* — Si è applicato il seguente progetto di Dorison, relativamente al funzionamento dell'assistenza pubblica:

1° La consultazione esterna degli ospedali sarà soppressa;

2° L'ammissione degli ammalati all'ospedale sarà fatta dai medici dell'ufficio di beneficenza;

3° Saranno istituiti dispensarii speciali, in dipendenza dell'ufficio di beneficenza, per le malattie della pelle, degli occhi, dell'orecchio, del naso, dei denti etc;

4° L'indennità annuale dei medici della consultazione dei dispensarii sarà aumentata.

PARIGI. *La febbre tifoide in luglio e agosto 1899.* — Thoinot, diceva ultimamente alla Società medica degli ospedali: La Vanne reclama per parte sua la epidemia del 1894 e, sembra, anche la recrudescenza del 1899. Dal 1° gennaio al 15 luglio la tifoide ha dato circa 1500 casi civili dichiarati. Dal 15 luglio sono stati dichiarati 585 casi, e aggiungendovi i casi dichiarati dai militari si arriva a 650. Thoinot mostra che l'acqua della Vanne è responsabile di questa epidemia.

CONCORSI E CONDOTTE

Macello (Torino). Medico chirurgo. Stipendio lire 1000 e L. 150 quale ufficiale sanitario. Scadenza 30 settembre.

Colonia Eritrea. Concorso al posto di medico-condotto in Asmara per conto del Governo e a due posti di medico-condotto, uno per Massaua (città) e l'altro per Taulud, Gherard e Adiberai per conto della Commissione municipale di Massaua. Stipendio per ciascuno L. 5000. Al medico di Massaua e all'altro per Taulud verrà accordata in più un'annua indennità di L. 1200 per speciali servizi. La stessa indennità potrà assegnarsi eventualmente pure al medico per l'Asmara.

Per esaminare i titoli dei concorrenti al posto di medico-condotto a Massaua è stata nominata una commissione composta dei signori prof. Lutrario, capo sezione della Sanità presso il Ministero dell'interno, dott. Fradelleri e dott. G. Perinelli.

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Pavia (R. Università). È aperto il concorso per esame al posto di 2° assistente presso la clinica operativa. Stipendio annuo L. 1000. Scadenza 15 ottobre.

Pisa. Concorso al posto di direttore dei RR. Spedali con lo stipendio di L. 3600 all'anno: il concorso è per titoli, il tempo utile per la presentazione delle domande scade il 30 settembre.

Pisa. Concorso al posto di medico primario nel detto Ospedale con lo stipendio di L. 600. Scadenza dei termini il 30 settembre.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo — Via Parlamento, 56 — Immacolatella — 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

SINTOMATOLOGIA DELLE AFFEZIONI DELLA CAUDA EQUINA

La sintomatologia e la diagnosi clinica delle malattie della cauda equina sono frutto degli studi dell'ultimo quarto di secolo. Ad illustrare i sintomi riferibili a queste affezioni il Bechterew già 15 anni or sono intraprese delle ricerche sperimentali, in cui sezionava la cauda equina ed il cono midollare nei cani. Così poterono essere riprodotte ed illustrate tutte le particolarità sintomatologiche derivanti dalle lesioni prodotte in un tempo in cui i fenomeni clinici negli ammalati non erano stati ancora oggetto di osservazione speciale. Il Bechterew penetrava nel canale vertebrale o attraverso lo spazio romboidale od attraverso l'articolazione tra l'ultima e la penultima vertebra lombare. La lesione prodotta veniva poi controllata con l'autopsia. I sintomi osservati negli animali furono: paralisi completa della coda e notevole disordine nella motilità volontaria negli arti posteriori, anestesia completa della coda, del perineo, inclusi gli organi genitali e l'ano e della superficie dorso-interna delle due cosce, paralisi di entrambi gli sfinteri. Nei casi in cui venivano recise le radici nello spazio tra le due ultime vertebre lombari, oltre i sintomi ora cennati, si aveva per effetto un disordine straordinariamente grave nella motilità degli arti posteriori, e dippiù anestesia, oltrechè della coda e del perineo, di tutta la superficie dorso-interna degli arti posteriori. Nei muscoli paralizzati si manifestava col tempo reazione degenerativa. Già due settimane dopo la recisione era perduta l'eccitabilità faradica dei muscoli e la corrente costante alla ChAn dava una contrazione più forte che alla ChCa. Dimodochè il quadro clinico consecutivo alla recisione della cauda equina negli animali si può riassumere così: anestesia limitata alla regione dell'ano, del perineo, degli organi genitali ed alla superficie dorsale interna degli arti posteriori; paresi degli arti posteriori con reazione degenerativa dei muscoli paralizzati e paralisi dello sfintere della vescica e dell'ano.

Questo complesso sintomatico osservato negli animali coincide perfettamente con le osservazioni cliniche nell'uomo. I primi casi di affezioni della cauda equina furono pubblicati da Westphal e Rosh e da Kahler; d'allora in poi la letteratura andò sempre più arricchendosi e nella monografia del Bechterew pubblicata in russo nel 1890 essa si trova tutta raccolta. Dall'insieme delle osservazioni pubblicate si può desumere che nell'uomo le affezioni della cauda equina e del cono midollare presentano il seguente quadro clinico. Nei casi acuti in primo tempo esiste non di rado paralisi completa motrice e sensitiva degli arti inferiori, che senza dubbio dipende non solo dall'affezione del cono midollare e delle radici della cauda equina, ma dalla contemporanea lesione di una parte del rigonfiamento lombare. Col tempo la paralisi degli arti inferiori regredisce fino al grado delle paralisi dipendenti dalle affezioni del cono e della cauda, vale a dire residua una paresi più o meno persistente, a preferenza dei muscoli posteriori delle cosce con anestesia nel dominio dell'orificio anale, del bacino, dello scroto (specie nella sua superficie posteriore), dell'asta, dell'uretra e non raramente della superficie posteriore e qualche volta anche della interna delle cosce.

In alcuni casi l'anestesia si estende alla parte posteriore ed in parte anche alle parti laterali delle cosce fino alle piante dei piedi. Nelle parti anestesiche si presentano di quando in quando iperestesie e parestesie.

Sono un fenomeno costante al principio della malattia i disordini della funzione della vescica, che si manifestano con la paralisi del detrusore e dello sfintere. Anche il retto partecipa all'affezione. L'attività sessuale è quasi sempre completamente estinta od indebolita; in alcuni casi si ha soltanto *impotentia seminis ejaculandi*, restando normale la *potentia coeundi*.

Nei muscoli paralizzati si manifesta non di rado atrofia con modificazione dell'eccitabilità elettrica, e qualche volta vera reazione degenerativa. Degna di nota nel caso di Koslow è la scomparsa dell'eccitabilità galvanica dello sfintere dell'ano paralizzato, fenomeno che senza dubbio doveva esistere anche in altri casi analoghi.

I riflessi tendinei nel massimo numero dei casi sono conservati, ad eccezione di quello del tendine di Achille, che spesso manca od è indebolito. In nessun caso si è osservato il clono del piede. I riflessi superficiali nelle zone anestesiche mancano o sono indeboliti se l'anestesia non è completa. Manca perciò il riflesso anale ed il riflesso dello sfintere della vescica (nel passare le sonde), come pure i

riflessi glutei e plantari. Manca pure, secondo le recenti osservazioni di L. Blumenan e di Bechterew, il riflesso bulbo-cavernoso o genitale, descritto dapprima da Onanoff, poi da Hughes.

Alle manifestazioni cliniche delle malattie del cono midollare e della cauda equina appartengono anche alcuni fenomeni osservabili nelle vertebre lombari e nel sacro, consistenti in semplice dolorabilità alla pressione o dolore alla percussione.

Nei casi meno acuti e nei cronici i fenomeni descritti si manifestano a poco a poco. In principio si hanno disordini della funzione sessuale e dell'attività riflessa della vescica e del retto ed alterazioni della sensibilità. La paresi motrice degli arti inferiori e la paralisi degli sfinteri si presenta dopo.

In conchiusione nelle affezioni del cono midollare e della cauda equina nell'uomo, oltre ai sintomi subiettivi (dolori e parestesie al perineo, all'ano, al pene ed alle gambe) si hanno d'ordinario i seguenti sintomi: 1° Anestesia di tutto il perineo, dell'ano, degli organi genitali, delle natiche, della faccia posteriore ed interna delle cosce; quando l'affezione del midollo si diffonde più in su, l'anestesia colpisce pure la parte posteriore delle gambe, la pianta dei piedi ed in parecchi casi anche la superficie anteriore delle gambe. 2° Paralisi degli arti inferiori con alterazione della reazione elettrica nei muscoli paralizzati innervati dai rami nel cui campo di distribuzione si trovano le dette zone anestesiche (nelle affezioni più circoscritte, in cui l'anestesia non si estende agli arti inferiori, possono mancare i disordini della motilità). 3° Paralisi della funzione della vescica e del retto con paralisi degli sfinteri. 4° Impotenza sessuale. 5° Indebolimento o scomparsa completa dei riflessi negli arti inferiori.

In complesso si hanno nell'uomo sintomi di deficienza motrice e sensitiva così come negli animali, senonchè in questi ultimi, per incompletezza di osservazioni, non sono stati studiati i disordini della sfera genitale. La estensione delle paralisi e delle anestesie è diversa secondo il livello a cui si trova la lesione nella cauda equina, come dimostrano le esperienze negli animali.

Così in alcuni casi tutti i fenomeni si riducono ad anestesia delle natiche, della regione dell'ano, del perineo, del pene, della superficie interna delle cosce ed alla paralisi degli sfinteri e della verga. Così si comporta ad es. il caso pubblicato da Westphal. In alcuni casi l'anestesia non raggiunge la superficie interna delle cosce. In altri ai fenomeni cennati si aggiungono paresi o paralisi dei muscoli innervati dallo sciatico e dal pudendo-emorroidale, ed allora l'anestesia si estende ad una gran parte degli arti inferiori, a preferenza sulla superficie posteriore della coscia e della gamba, sulla pianta dei piedi e perfino sulla superficie anteriore delle gambe (come nel caso di Thorburn). Se la lesione sta più in alto ancora, entrano in campo anche i nervi femorali.

Per Raymond a seconda dell'altezza a cui si trova la lesione nel cono midollare e nella cauda equina, i sintomi si succedono nel seguente ordine: *a*) sintomi costituiti da paralisi della vescica sola o della vescica e del retto (compressione dei nervi che vanno a questi organi da parte di tumori del filo terminale): *b*) gli stessi sintomi accompagnati da anestesia dello scroto o delle grandi labbra, del perineo, dei dintorni dell'ano, della parte inferiore delle natiche (lesione del centro ano-vescicale alla base del cono terminale); *c*) incontinenza o ritensione di urina e di fecce con anestesia degli organi genitali, del perineo, dei dintorni dell'orificio anale e delle natiche, inoltre paralisi sensitivo-motrice della cute e dei muscoli innervati dal peroneo (lesione delle radici inferiori del plesso sacrale); *d*) gli stessi sintomi, con la differenza che la paralisi sensitivo-motrice negli arti inferiori si estende al territorio di ramificazione del nervo sciatico, ad eccezione del dominio del nervo peroneo (affezione delle radici superiori del plesso sacrale); *e*) gli stessi sintomi con la differenza che la paralisi sensitivo-motoria si estende negli arti inferiori a tutte le parti innervate dallo sciatico: paralisi dei muscoli posteriori della coscia, di tutti i muscoli della gamba e del piede, anestesia della superficie posteriore della coscia, della gamba e della pianta del piede e di tutto il piede, ad eccezione della superficie interna del medesimo (affezione di tutte le radici del plesso sacrale o della parte corrispondente del midollo spinale); *f*) gli stessi sintomi insieme a paresi dei muscoli innervati dai rami del plesso lombare nervo crurale ed otturatorio, (affezione e consecutiva paralisi completa delle radici del plesso sacrale e paralisi parziale delle radici del plesso lombare); *g*) paralisi sensitivo-motrice degli arti inferiori, anestesia fino alla parte inferiore dell'addome e del dorso, con paralisi della vescica e del retto (affezione intraspinale risalente fino al rigonfiamento lombare, ovvero affezione estraspinale con partecipazione del plesso lombare e sacrale).

Per quanto poi simili possano essere i sintomi delle affezioni del solo cono midollare a quelli delle affezioni della sola cauda equina od a quelli di entrambe, pure, secondo Bechterew, clinicamente non sono assolutamente identici. Pur troppo esistono poche osservazioni con autopsie, nelle quali la lesione era limitata al solo cono midollare, e non è possibile per ora la diagnosi clinica differenziale fra questa e la lesione della cauda equina. Nondimeno dai casi pubblicati, come quelli di Oppenheim, si può detrarre che nelle affezioni limitate al cono midollare, a differenza di quelle della cauda equina, non si hanno disordini della deambulazione, l'anestesia non si diffonde al territorio dei nervi sciatici e femorali, ma si limita ai nervi pudendo-emorroidari.

Infine Raymond, contrariamente ad alcuni anatomici, mette il limite superiore del cono midollare immediatamente al di sopra del centro ano-vescicale, ossia del punto di uscita della 3ª e 4ª radice sacrale, e perciò le affezioni del cono midollare sarebbero caratterizzate solo da disordini della sfera di innervazione della vescica e del retto. Ciò si trova di accordo con le osservazioni di Bechterew.

BIBLIOGRAFIA

Bechterew e Rosenbach. *Wiestnik klin. i stud. psich.* 1884 (in russo) e *Neurol. Centralbl.* 1884. — Westphal. *Charitè-Ann.* 1876.—Roth. *Jnaug. Diss.*, 1883, *Neurol. Centralbl.* n. 4, 1884. — Kahler. *Prag. med. Woch.*, 1892.—Bechterew. *Wratsch.*, 1890. — Eisenlohr. *Neurol. Centralbl.*, n. 4, 1884.—Thorburn. *Brain*, 1889. — Oppenheim. *Arch. f. Psych.* Bd XIII, H 1, p. 50.—Kirchhoff. *ibid.* Bd XV.—Rosenthal. *Wien. med. Presse*, n. 18-20, 1888.—Bernhardt. *Berl. klin. Woch.*, n. 32, 1888.— Huber. *Wien. med. Woch.*, n, 39-40, 1888. — Osler. *The med. News*, 1888.—Koslow. *Medic. Obosrenije* 1890.— Eulenburg. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1891.—Valentini, *ibid.* 1893. — Sarbo. *Arch. f. Psych.* 1893.—Schultze. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.* 1894.—Raymond. *Nouv. Jcon. de la Salp.* 1895 e *Leçons sur les mal. du syst. nerv.* 1896.—Schiff, *Zeitschr. f. klin. Med.* 1896. — Higier *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1896.—Clemens. *ibid.* 1897.—Köster. *ibid.* 1897.—Bregmann. *Neurol. Centralbl.* 1897.—Schlesinger. *Wien. klin. Woch.* 1897. — Frankl-Hochwart u. Zuckerkandl. *Die nerv. Störungen der Blase.* Wien. 1898. — Müller. *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.* Bd XIV.—Onanoff. *La Semaine mèd.* n, 20, 1890.—Hughes. *Alienist and Neurol.* 1891. — Bechterew. *Deut. Zeitschr. f. Nervenh.* Bd 15, H. 3, 4, 1899.

LAVORI ORIGINALI

Clinica medica generale della R. Università di Torino diretta dal prof. C. BOZZOLO

SULLA GASTRITE ULCEROSA CRONICA ANACLORIDRICA

Dott. Luigi Sansoni, Aiuto della Clinica e docente di Patologia speciale medica

(*Continuazione e fine*)

Dal lato sintomatologico la malattia decorre in modo rapido ed assolutamente latente; di rado essa si appalesa con sintomi gastrici (dolore, nausea, vomito); il più spesso decorre silenziosamente, subdolamente ed è in mezzo ad una salute apparentemente eccellente che compaiono dei sintomi imponenti (nausee, vertigini, sincopi ed ematemesi abbondanti) « *on dirait vraiment que son histoire clinique ne commence qu'à l'hemorragie* » dice Dieulafoy e sarebbe appunto, secondo lui, l'ematemesi abbondante e ripetuta il fenomeno che caratterizza *l'exulceratio simplex.* Il chimismo gastrico non è ben conosciuto; in un caso (caso di Lépine e Bret) si è costatata la mancanza d'acido cloridrico nel contenuto stomacale estratto dopo un pasto di prova, ed in un malato di Dieulafoy, l'unico che venne operato con esito favorevole, venne riscontrata ipocloridria.

Un altro sintoma che venne costatato in quasi tutte le osservazioni di Dieulafoy è costituito dall'elevazione della temperatura che raggiunse talora i 39° C; è da notare però che questo stato febbrile si riscontrò sempre durante le grandi ematemesi, precisamente come nell'osservazione 7ª riferita da Lainè.

Quest'elevazione di temperatura non deve far meraviglia perchè si sa che le grandi perdite di sangue sono talora seguite da temperatura febbrile, senza contare ancora che in alcuni di questi ammalati erano state praticate delle iniezioni di siero fisiologico, le quali, come è stato anche recentemente dimostrato in questa Clinica da Fornaca e Micheli, danno luogo ad un accesso febbrile.

Per ciò che riguarda la diagnosi dell'*exulceratio simplex,* essa non può farsi mai con sicurezza, perchè è naturale che anche al momento dell'ematemesi si pensa all'ulcera rotonda.

Dieulafoy dando la descrizione completa di questa malattia, che egli differenzia non solo dall'ulcera semplice di Cruveilhier ma anche da tutte le altre forme ulcerative gastriche conosciute, compresavi l'erosione emorragica, traccia il quadro di una forma morbosa caratterizzata clinicamente: 1° da ematemesi imponenti, che si ripetono a brevi intervalli e che conducono a morte il paziente se non si interviene chirurgicamente; 2° dall'assenza o per lo meno dalla scarsità dei sintomi prima che appaiono le gastrorragie; ed anatomicamente da una o più ulcerazioni della mucosa che per i caratteri sopradescritti devono differenziarsi dall'ulcera rotonda.

In realtà però tali caratteri clinici si possono riscontrare in un discreto numero di ulceri rotonde; se poi noi paragoniamo il quadro morboso dell'*exulceratio simplex* descritto da Dieulafoy con quello delle erosioni emorragiche compendiato da Lainè nelle soprariferite conclusioni, fra l'uno e l'altro non si riscontrano differenze, tali da dovere ritenere le due forme morbose come distinte. Dieulafoy esclude che nei suoi casi si trattasse di

erosioni emorragiche essenzialmente perchè i suoi ammalati non erano nè cirrotici, nè cardiaci e la maggior parte nemmeno alcoolici. Ciò sembrami però troppo esclusivo perchè la patogenesi della erosione emorragica, come quella dell' *exulceratio simplex* e dell' ulcera rotonda, non è ancora stata delucidata, il che viene dimostrato essenzialmente dalla molteplicità delle opinioni. E' probabile che l'erosione emorragica dello stomaco sia molto più frequente di quanto non si creda.

Come ha dimostrato Pilliet, essa può venire a guarigione; può quindi passare affatto inosservata se non interviene una grave complicazione (gastrorragie abbondanti e ripetentesi) ad altri fatti non imputabili allo stomaco che conducono a morte il paziente (tubercolosi polmonare, cardiopatia, cirrosi epatica, uremia ecc.).

Ecco, secondo me, la ragione per cui Dieulafoy dà come carattere essenziale della sua *exulceratio simplex* l' ematemesi abbondanti, e perchè dai vari autori si riferisce la malattia alla tubercolosi, all'uremia, alla cirrosi epatica, alle affezioni cardiache ecc. ecc. Non si comprende bene il perchè la caratteristica dell'*exulceratio simplex* debba essere una gastrorragia abbondante; ciò si comprende soltanto nei casi riferiti da Dieulafoy perchè appunto in essi il processo ulcerativo impigliava un vaso cospicuo, come nelle osservazioni 6ª e 7ª di Lainè.

Ed a questo proposito devesi far notare che lo stesso Dieulafoy esclude che la patogenesi dell'*exulceratio simplex* sia dipendente da lesioni arteriose, le quali invece sarebbero consecutive, ed invoca, al pari di Lainè, la presenza di ascessi miliari nelle parti profonde della mucosa. L'*exulceratio simplex* può essere situata in qualunque parte della superficie interna dello stomaco; da ciò s' intende facilmente che se nel processo ulcerativo non verrà compresa un'arteriola mancheranno le gastrorragie, come mancarono in molti dei casi riferiti da Lainè.

Che poi l' erosione emorragica non debba considerarsi come la conseguenza di malattie di altri organi, ma che possa esistere come forma essenziale gastrica lo dimostra un caso tipico riferito da Ferrand alla società di medicina degli Ospedali di Parigi nella seduta del 5 aprile 1895.

Trattavasi di una donna di 25 anni, già affetta da dispepsia dolorosa e che aveva presentato ad intervalli ematemesi, una delle quali fu molto abbondante. Questa donna morì per bronco-pulmonite intercorrente e all' autopsia fu costatato che non vi era traccia di ulcera rotonda, ma semplici erosioni della mucosa. Ferrand non fa cenno nè di cirrosi, nè di vizi cardiaci, nè di tubercolosi, nè di uremia. Nella sezione di Patologia speciale medica di Torino diretta dal Prof. Silva, è stato osservato recentemente un caso interessante che sarà oggetto di prossima pubblicazione per parte del Dr. Colla. Trattavasi di una donna cachettica, con disturbi gastrici e che presentava un enorme tumore nella regione epigastrica e nell'ipocondrio destro.

Colla lavatura dello stomaco a digiuno vennero estratti dei pezzi di mucosa; si pensò ad un carcinoma ulcerato dello stomaco con nodi secondari al fegato. All' autopsia si riscontrò un carcinoma epatico; lo stomaco non presentava macroscopicamente e ad un esame un pò grossolano alcuna alterazione, guardando però attentamente si riscontrarono nella regione del fondo delle lesioni di continuo così superficiali che si comprende come avessero potuto sul primo passare inosservate. I preparati microscopici che ho potuto vedere grazie alla gentilezza del Prof. Silva dimostrano delle ulcerazioni superciali che non interessano tutta la mucosa con infiltrazione emorragica tutto allo intorno, vere erosioni simili all' *exulceratio simplex* descritta da Dieulafoy. Questo caso dimostra prima di tutto l' importanza diagnostica, da me pel primo messa in rilievo, dei pezzetti di mucosa nell'acqua di lavatura dello stomaco a digiuno nei casi di ulcerazioni gastriche, ed inoltre che possono esistere erosioni emorragiche senza gastrorragie ed in persone non tubercolotiche, nè affette da uremia, da vizii di cuore ecc. ecc.

Concludendo a me pare che la lesione gastrica descritta da Dieulafoy sotto il nome di *exulceratio simplex* non possa costituire una forma a sè, diversa da quella da altri descritta col nome di erosione emorragica dello stomaco e che questa oltre che nei tubercolotici, negli uremici, nei cardiaci ecc. ecc. possa riscontrarsi anche come forma essenziale gastrica. Ed a questa stessa forma credo inoltre che debbano riferirsi le 3 osservazioni da me riportate, appoggiato in questa mia credenza: 1° dall' anacloridria costante nei miei casi non

riferibile a tumore maligno; 2° dalla relativa benignità dell' affezione; 3° dalla sottigliezza dei pezzi di mucosa estratti colla sonda a stomaco digiuno.

Se questa ulcerazione superficiale della mucosa gastrica debba considerarsi come lo stadio iniziale dell' ulcera tipica di Cruveilhier, come pare tenda ad ammettere Dieulafoy, è difficile a risolvere. In appoggio all' ipotesi di quest'autore stanno alcune osservazioni fra cui, oltre quella di Bazy riferita da Dieulafoy, è interessante una recente publicata da Nauwerck. Trattavasi di una donna di 60 anni morta di peritonite da perforazione, nella quale all' autopsia venne riscontrato il reperto tipico di una gastrite ulcerosa: insieme cioè alle note della gastrite esistevano numerosi difetti della mucosa di ogni grado, delle piccole erosioni fino all'ulcera perforante profonda e fino allo stadio cicatriziale.

L'anacloridria riscontrata ripetutamente nei miei tre casi ed in due di quelli riferiti da Dieulafoy, ed ammessi ipoteticamente nelle erosioni emorragiche da Lainé, farebbe piuttosto ritenere che qui si tratti di un processo morboso differente da quello dell' ulcera rotonda, processo morboso che avrebbe per base una gastrite cronica nel decorso della quale si sono formate delle ulcerazioni superficiali, vere erosioni emorragiche, che non hanno nel maggior numero dei casi tendenza ad approfondirsi, per l' assenza di un succo gastrico attivo.

L' espressione di gastrite ulcerosa cronica è quindi pienamente giustificata. Anche nella ulcera rotonda si hanno le note di una gastrite cronica; ma il processo patogenetico è diverso, qui trattasi di una forma iperpeptica per cui si dovrebbero considerare due forme di gastrite cronica ulcerosa: l'una con ipercloridria l'altra con ipo- od anacloridria. Nella prima si ha la vera ulcera tipica di Cruveilhier, nella seconda delle ulcerazioni superficiali che per lo più non oltrepassano in profondità la mucosa, che possono però dar luogo ad ematemesi imponenti e forse anche alla perforazione; a questa seconda forma apparterrebbero i casi descritti da Dieulafoy sotto il nome di *exulceratio simplex*, le erosioni emorragiche, probabilmente molti dei casi di ulcera con ipo- od anacloridria descritti dagli autori e le 3 osservazioni da me riferite, le quali, se verranno confermate dagli studi ulteriori specialmente dal lato anatomico, avrebbero una speciale importanza. In base infatti ai sintomi obiettivi riscontrati in esse e cioè: 1° reperto costante di pezzetti sottili di mucosa gastrica nell'acqua di lavatura dello stomaco digiuno; 2° ipo- od anacloridria non legata alla presenza di tumore epigastrico e cachessia cancerosa, sarebbe possibile la diagnosi della malattia in vita mentre fino ad ora non venne fatta che all'autopsia.

Questa forma merita veramente il nome di *gastrite cronica ulcerosa anacloridrica.*

BIBLIOGRAFIA

Sansoni. Sull'importanza diagnostica dei frammenti di mucosa gastrica estratti dallo stomaco digiuno. Comunicazione fatta alla R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 15 gennaio 1897.—Krokiewicz. *Wien. klin. Woch.*, n. 51, 1897 e n. 48, 1898. — Parkinson. *The Lancet*, 27 gennaio 1894. — Lainé. Des erosions hemorragiques de l' estomac. *Thèse de Paris* 1897. — Dieulafoy. Clinique médicale de l' Hôtel-Dieu de Paris, 1897-1898, II.—Fornaca e Micheli. Sulla febbre da iniezione di siero fisiologico. *La Clinica medica italiana*, 1898. — Nauwerk. Gastritis ulcerosa chronica. Ein Beiträg zur Kenntniss des Magengeschwürs. *Münch. med. Woch.*, 35-36, 1897.

MOVIMENTO DELLE CLINICHE TEDESCHE

CLINICA MEDICA DI HEIDELBERG. prof. Erb

1. *Sulla iperidrosi unilaterale della faccia nelle affezioni sistematiche del sistema nervoso centrale.—A. Seeligmüller.*— Il sudore emilaterale del volto non è un fenomeno frequente e per lo più si trova associato a lesioni dei nervi periferici del facciale e del trigemino, sopratutto a lesioni del simpatico al collo. Molto più rari sono i casi in cui il sudore emilaterale comparisce nelle affezioni del sistema nervoso centrale, e perciò hanno grande interesse le osservazioni seguenti della clinica di Heidelberg. Bisogna distinguere l' iperidrosi unilaterale della faccia nelle affezioni organiche del sistema nervoso centrale (cervello, ponte e midollo allungato, midollo spinale) dall'iperidrosi che si manifesta nelle nevrosi funzionali.

L. A. di 54 anni. Mancanza di sifilide, alcoolismo. Il 2 aprile 1898 ebbe un colpo apoplettico con perdita della coscienza per 12 giorni, con recidive al 5°-9° giorno ed emiplegia completa destra, afasia, accessi maniaci e decubito. Fu osservato il 2 maggio 1898. Gli arti di destra al tatto apparivano più umidi che a sinistra, e se si faceva giacere l'infermo al sole, numerose gocce di sudore si vedevano nella metà destra del volto, mentre la sinistra restava appena umida. Nella metà del corpo paralizzata esisteva ipoestesia.

Stando all'anamnesi, bisogna ammettere in questo caso una grave emorragia in vicinanza dei grossi gangli centrali dell'emisfero sinistro e nella parte posteriore della capsula interna.

Secondo Charcot e Nothnagel, le fibre vasomotrici intracerebrali decorrono nella porzione posteriore della capsula interna, probabilmente tra le fibre motrici e sensitive. I disordini vasomotori consistono in arrossimento, elevazione termica, edemi e forte sudore della pelle nel lato paralizzato; in casi rari si associano sintomi dipendenti da paralisi delle fibre del simpatico del collo. In un caso di Nothnagel esisteva ptosi e miosi dal lato paralizzato e di più, forte secrezione dell'occhio e della saliva dallo stesso lato. Brown-Sèquard ha riprodotto sperimentalmente nel cane e nel coniglio il quadro sintomatologico della paralisi del simpatico mediante la cauterizzazione della superficie convessa di un emisfero. Secondo il Pandi poi bisogna ammettere un centro corticale del simpatico, e la lesione di questo centro produrrebbe fenomeni di paralisi e di stimolazione del simpatico del collo. Brown-Séquard trovò inoltre che l'intensità dei sintomi riferibili al simpatico è in rapporto alla estensione della superficie cauterizzata del cervello medio. Altri casi clinici che appoggiano l'idea dell'origine corticale delle vie nervose vasomotrici sono stati pubblicati da Geiger, Pandi, Teuscher.

C. M. di 25 anni nel maggio del 1898 andò soggetto ad un'encefalite, a quanto egli dice: ammalò bruscamente con dolore di testa, vomito, febbre, perdita della coscienza per 10 giorni, completa afasia fino alla fine di maggio, ma nessun disordine di moto o di senso negli arti, diplopia, vertigine, diminuzione della forza uditiva, debolezza generale, senso di freddo con iperestesia per il freddo in tutta la metà destra del corpo. Questo stato è rimasto stazionario.

All'esame obiettivo si nota che il volto è arrossato in entrambi i lati, ma a destra è molto più umido che a sinistra; nessuna differenza di temperatura fra i due lati. Sotto l'influenza dei raggi solari in tutta la metà destra del volto si verifica un'abbondante sudore, che raggiunge esattamente la linea mediana, mentre la metà sinistra resta asciutta. Nessuna differenza nell'ampiezza delle pupille e delle rime palpebrali; diplopia; paresi dell'abducente destro; nistagmo orizzontale; leggera paresi del ramo boccale del facciale destro; iperestesia tattile nel campo del trigemino destro e nella metà corrispondente del corpo; udito alquanto indebolito a destra; nella mano destra diminuzione della forza muscolare, del senso stereognomico; aumento dei riflessi tendinei e diminuzione dei cutanei nella metà destra del corpo; cammino alquanto incerto e barcollamento ad occhi chiusi; vertigine. Dopo una cura balneare di 5 settimane quasi tutti i sintomi scomparvero. V'era labe ereditaria nervosa, non sifilide nè alcoolismo.

Il quadro morboso era descritto dà l'impressione di un'affezione generale, che abbia colpito a preferenza la metà sinistra del cervello; probabilmente trattavasi di residui di una meningite cerebro-spinale. L'iperidrosi potrebbe perciò mettersi in rapporto ad una tale lesione, la quale avesse irritato in modo passeggero i rami comuni del simpatico destro, che lasciano il midollo cervicale insieme alle radici anteriori.

Fr. K. di 30 anni. La sua malattia si iniziò nel 1889 dopo l'influenza: si manifestò con debolezza alle gambe, diminuzione della forza visiva a sinistra, vertigine, talvolta tremore del braccio destro. Nel 1890-92 grave disordine del cammino e diminuzione della potenza genitale. All'esame obbiettivo allora esisteva strabismo divergente, la metà temporale della papilla del nervo ottico sinistro era pallida, nistagmo, tremore intenzionale della mano sinistra, paralisi spastica incipiente degli arti inferiori. Nel 1899 si osservò: riso coatto, nessun disordine psichico, parola senza timbro ma non scandente, forte tremore intenzionale delle mani e di tutto il corpo nel mettersi in piedi, notevole paresi spastica degli arti inferiori, disordini degli sfinteri, nistagmo orizzontale e verticale con reperto oftalmoscopico simile al precedente nell'occhio sinistro. Pochi giorni dopo che l'ammalato era in osservazione si manifestò iperidrosi limitata alla metà destra del volto e che si arrestava esattamente alla linea mediana. Interrogato l'infermo disse che da circa un anno, quando mangiava dei cibi caldi o beveva bevande molto calde aveva una forte secrezione di sudore nella metà destra del corpo, ed inoltre che percepiva il sapore dei cibi meglio a destra che a sinistra. Nessuna labe ereditaria.

Come si vede; si tratta di un caso di sclerosi a piastre disseminate che data da circa 10 anni. Non v'ha dubbio che il manifestarsi dell'iperidrosi unilaterale è in rapporto in questo caso con lo sviluppo di un nuovo focolaio di sclerosi, ma è difficile stabilire la sede del medesimo, perchè negli ultimi tempi del quadro clinico non si osservò nulla di nuovo. Devesi notare però che insieme alla comparsa dell'iperidrosi l'infermo cominciò a avvertire lievi parestesie nel campo del trigemino dello stesso lato, in modo che probabilmente entrambi i fenomeni debbono essere riportati ad una affezione incipiente del ponte o del midollo allungato.

I. W. di 34 anni, di costituzione debole, senza labe ereditaria nervosa, ha sofferto parecchie pulmoniti. Non sifilide, non alcoolismo. In seguito a lavoro muscolare esagerato e prolungato per alcuni anni, nel 1897 egli fu colpito da perdita della coscienza, a cui seguì cefalea, vertigine, fenomeni nervosi generali e di tratto in tratto dispnea essendo integri gli organi della respirazione. Nel maggio del 1898 si osservò iperidrosi unilaterale della faccia, appiattimento della guancia e dilata-

zione della pupilla e della rima palpebrale dallo stesso lato; lieve paresi nel braccio destro con esagerazione dei riflessi tendinei e diminuzione dei cutanei nell'arto inferiore corrispondente; vertigine. Esisteva tumefazione di alcune ghiandole linfatiche nella fossa clavicolare destra, la cui estirpazione non modificò per nulla i sintomi a principio, ma dopo due settimane, insieme ad euforia generale, si ebbe diminuzione dell' iperidrosi, la quale però 14 giorni dopo riacquistò la primitiva intensità e dura fino ad ora immutata insieme ai sintomi oculo-pupillari.

I sintomi da parte del simpatico potrebbero essere in questo caso messi in rapporto con la compressione esercitata dai linfomi della regione sopraclavicolare; ma esistevano altri disordini, aumento dei riflessi tendinei, ecc., riferibili ad un'affezione del sistema nervoso centrale, e del pari sintomi funzionali, vomito, dispnea, vertigine, che possono essere spiegati ammettendo una lesione nella parte superiore del midollo cervicale. In quanto alla natura, non essendoci nessun segno in favore della siringomielia, non può ammettersi che una mielite od un tumore; forse un tubercolo, se si tien conto dei linfomi del collo.

A. Th. di 33 anni, da 15 anni presenta segni evidenti di siringomielia. All' esame obiettivo si trovò la pupilla sinistra più ampia della destra, lieve paresi del facciale inferiore sinistro e del braccio destro, notevole paresi ed atrofia nel campo dell'ulnare e del mediano nella mano destra, reazione degenerativa parziale nell' eminenza ipotenare ed accenno di mano ad artiglio; aumento dei riflessi tendinei negli arti inferiori; dissociazione delle sensibilità nel braccio destro ed in una parte del torace. Nel volto nessuna differenza di temperatura. Sotto l'influenza della pilocarpina, tutto il corpo sudava fortemente, ma a preferenza la metà sinistra del volto.

L' iperidrosi unilaterale del volto nella siringomielia cervicale è un fenomeno poco frequente. Nella letteratura ne esistono due esempi nei casi di Mund e di Déjerine. Merita pure di essere notato che talvolta, come nell'ultimo caso riferito, l'iperidrosi unilaterale della faccia non evidente può essere provocata mercè l' iniezione di pilocarpina.

2. *Contributo casuistico alla dottrina della malattia di Thomsen.* - *S. Schoenborn.* —Il quadro clinico della malattia di Thomsen è ormai così ben caratterizzato, che nulla più havvi da aggiungere. Solo un punto resta ancora ad essere illustrato, vale a dire la patogenesi della malattia. In un caso osservato nella clinica medica di Heidelberg, oltre ai sintomi caratteristici della malattia di Thomsen, esistevano disordini trofici dei muscoli: l'inferma presentava da parecchi anni paresi delle gambe e degli avambracci con interessamento principale del campo dell'ulnare e del peroneo ed atrofia dei muscoli corrispondenti, senza alcun disordine nè subiettivo nè obiettivo della sensibilità, soltanto con lievi disturbi vasomotori (cianosi, senso di freddo nelle mani). I fenomeni di paresi ed atrofia erano progressivi dalla periferia al centro. I riflessi tendinei erano conservati ed erano anche vivaci, esisteva reazione parziale degenerativa sempre crescente, senza fenomeni spastici nè contrazioni fibrillari. Questo quadro morboso non rientra in nessuno dei quadri clinici delle affezioni periferiche del sistema nervoso. Si comprende come possa facilmente essere esclusa la neurite multipla (lunga durata della malattia, atrofia muscolare diffusa, presenza dei riflessi tendinei). Può anche escludersi l'atrofia muscolare progressiva spinale non tanto perchè i riflessi tendinei erano conservati, quanto per la speciale localizzazione e la progressione dell'amiotrofia e per la mancanza delle contrazioni fibrillari. Non può ammettersi neppure l'atrofia muscolare neurotica, perchè in questa i riflessi tendinei sono aboliti ed esistono gravi disordini della sensibilità. Schoenborn esclude del pari la forma dell'atrofia muscolare progressiva familiare descritta dall' Hoffmann, e conchiude che una diagnosi certa non può farsi: solo può dirsi che si tratta di un'atrofia probabilmente di origine centrale, non identica nè all' amiotrofia spinale nè all' amiotrofia neurotica, ma forse affine ad entrambe. Riguardo ai rapporti del quadro clinico amiotrofico col quadro della malattia di Thomsen che lo stesso infermo presentava, Schoenborn ammette come ipotesi più probabile che l' atrofia muscolare stia in rapporto diretto con la miotonia, la cui patogenesi è ancora tanto oscura, e che l' anello di congiunzione tra l'una e l'altra stia con tutta probabilità nell' organo centrale, nelle cellule del primo neurone motore.

NEUROPATOLOGIA

Sui tics impulsivi (nevrosi spasmodica mimica)

Il quadro clinico dei tics impulsivi fu stabilito nel 1880 dopo le pubblicazioni di Gilles de la Tourette, Guinon, Charcot, Oppenheim, Jolly ecc. Ad intervalli diversamente lunghi si manifestano contrazioni dei muscoli del volto e movimenti combinati stereotipi dei muscoli del collo e delle estremità; si aggiunge coprolalia, ecolalia, ecocinesi, idee ed atti coatti. In quasi tutti i casi esiste la labe ereditaria. La causa occasionale è per lo più uno spavento (Charcot, Guinon, Bresler, Oppenheim ecc.), un trauma (Dana e Walkin, Chabbert), più di rado una malattia infettiva (Jolly), la mastur-

bazione. È caratteristico l'inizio della malattia nella prima gioventù. Prima si manifestano accessionalmente movimenti mimici disordinati, involontari, poi contrazioni impulsive nei muscoli del collo e della nuca e movimenti stereotipi, apparentemente contrazionali negli arti, e quando la malattia ha raggiunto il suo pieno sviluppo si ha la coprolalia e l'ecolalia. Nel caso di Dana e Wilkin le anomalie psichiche si presentarono prima dei fenomoni spasmodici del volto e delle membra.

La parte essenziale della malattia è costituita senza dubbio dai sintomi psichici, perchè la loro esistenza permette la distinzione sicura da altre nevrosi spasmodiche. Passando in rassegna la letteratura si riconosce che la più frequente ad incontrarsi é la coprolalia, mentre l'ecolalia e l'ecocinesi o le idee coatte sono rare.

Tutti gli autori ammettono che la volontà ha una influenza moderatrice passeggera sui movimenti e del pari che i movimenti coatti ricordano i movimenti complicati della vita abituale. La quistione però della natura di questi sintomi ed in generale della malattia stessa è controversa. Friedreich ammette che si tratta di spasmi mnemonici coordinati. Secondo lui l'eccitazione originaria specialmente intensa degli apparecchi gangliari persiste per un tempo diversamente lungo, in modo che il primo atto coordinato, in seguito ad un processo analogo a quello della memoria nella sfera psichica, si ripete ad un nuovo stimolo od anche spontaneamente. Gilles de la Tourette parla di spasmi incoordinati, mentre Guinon di movimenti logici e coordinati. Della stessa opinione è Oppenheim, che però fa rilevare che i movimenti combinati coatti si differenziano dai volontari per la mancanza di scopo e la frequente ripetizione, come pure per la minore energia muscolare. Marina e Jolly hanno riconosciuto per primi l'importanza diagnostica del momento impulsivo nella malattia dei tics, ed hanno cercato di esprimere il loro concetto introducendo la denominazione di « miospamia impulsiva » o di malattia dei « tics impulsivi ». Entrambi gli autori distinguono nettamente gli spasmi impulsivi di questa malattia dalle altre nevrosi spasmodiche, specie il paramioclono. Bresler fondandosi sul suo caso in cui i primi sintomi si manifestarono dopo un'emozione, cerca di dimostrare che, essendovi uno stretto rapporto tra mimica e gli stati dell'animo, rapporto che anche nei sani si manifesta con numerosi gesti, i movimenti che si osservano nella malattia dei tics non sono che una reazione contro il fattore causale psichico. La malattia sarebbe perciò una nevrosi di resistenza. Anche la coprolalia avrebbe per causa un movimento di resistenza psichica. Bresler propone perciò di denominare la malattia « spasmo mimico », espressione che tiene conto del rapporto della malattia con la psiche e con la mimica che ne risulta. Bresler parla inoltre di unainnervazione estremamente forte dei centri motori esistenti a priori per effetto del fattore psichico, risparmiato in eccesso. Köster (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd 15, H 3, 4, 1899) che ultimamente ha pubblicato 2 casi di tics, fa osservare che quasi sempre si tratta di individui degenerati o con grave labe ereditaria, e quindi è più naturale supporre che, in luogo di una innervazione preventivamente esagerata della zona corticale motrice, si tratti piuttosto di un esaurimento di certi centri superiori della coordinazione, che hanno una azione regolatrice sulla funzione di centri subordinati e quindi sull'effetto motorio che ne risulta. Così per la mancanza di certe inibizioni i centri non sono più regolati a dovere e si sciupa maggiore energia. Che la volontà può nei casi lievi moderare i movimenti per ore e nei gravi per minuti, si spiega col diverso grado di esaurimento dei detti centri. Anche la progressione graduale della malattia e l'aumento in intensità ed estensione degli spasmi si può spiegare con un aumento dei disordini nei detti centri. Nell'ulteriore decorso della malattia, secondo Köster, perdurando la mancanza delle influenze inibitrici, i centri motori si trovano in uno stato di esagerata eccitabilità, in modo che vengono per via riflessa stimolati dal più piccolo momento causale psichico (trovarsi in un ambiente estraneo, presenza del medico ecc.).

Anche nel campo psichico l'esaurimento degli apparecchi che regolano l'attività della psiche può essere la causa del tic. Però i centri associativi psichici sono forse più resistenti, poichè la coprolalia, l' ecolalia ed i movimenti coatti si manifestano per lo più nell' ulteriore progresso della malattia. Si può poi spiegare benissimo come uno spavento, un trauma od un'emozione diano la spinta all'esaurimento definitivo dei centri associativi.

Le cellule cerebrali già predisposte dalla labe ereditaria vanno incontro, sotto l'influenza del trauma psichico o somatico, ad un' alterazione materiale non dimostrabile con i nostri mezzi di indagine fisici e chimici. È possibile pure che alcuni processi che modificano essenzialmente la funzione della cellula si svolgano nell'interno della medesima, senza essere legati a modificazioni istologiche. Però è molto probabile che gli apparecchi più complicati, i centri associativi, sono quelli prima e più intensamente colpiti.

La combinazione poi del tic con l' isterismo dimostra come debbano essere comune alle due malattie quell'ipotetico stato morboso speciale di cui ora si è tenuto parola e la lesione dei centri associativi. Forse esiste fra le due malattie una differenza di grado nella intensità della lesione, in modo che l'isterismo rappresenta la malattia più mite, capace di miglioramento e di guarigione, mentre nel tic impulsivo la guarigione è straordinariamente rara.

Forse anche gli organi associativi possono essere lesi in parecchi modi e successivamente in modo che nello stesso ammalato si può avere il tic impulsivo ed una nevrosi spastica. Secondo questo modo di intendere la malattia dei tics, la terapia deve avere per iscopo di rinforzare con l'esercizio gli organi associativi esauriti, risvegliando l'idea dei movimenti coordinati in quegli organi in cui essa è andata perduta.

BIBLIOGRAFIA

Bresler. *Neurol. Centralbl.*, 1896.—Chabbert, *Arch. de Neurol.*, 1893, n. 78.—Charcot, *ibid*, 1892. — Dana e Wilkia, *Journ. of. nerv. and. ment. disease*, 1886. Gilles de la Tourette, *Arch. de neurol.*, 1885 e 1884. — Grasset, *ibid.*, 1890. — Guinon. *Revue de Méd.*, 1887 e 1888. — Jolly. *Charité Ann.*, 1892.—Marina. *Arch. f. Psych*, 1888. — Oppenheim, *Berl. klin. Woch.*, n. 25, 1888 e *Lehrb. d. Nervenkrankh.* — Stembo. *Berl. klin. Woch.*, n. 28, 1891.

RASSEGNA DELLA STAMPA

Lavori pubblicati nella *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* diretta da Erb, Lichtheim, Schultze e Strümpell, Bd. 15, H. 3 e 4, 1899.

1. G. Köster. **Sulla malattia dei tics impulsivi (nevrosi spastica mimica).** V. pag. 859.

2. A. Seeligmüller. **Contributo casistico alla dottrina dell' iperidrosi unilaterale della faccia nelle malattie del sistema nervoso centrale.** Vedi pag. 857.

3. Weber. **Sull'etiologia della paralisi periferica dell' ulnare e del mediano.** — Riferisce due osservazioni cliniche nelle quali non vi ha dubbio che causa della paralisi periferica dell' ulnare furono le antiche affezioni articolari, cioè in un caso una lussazione sofferta 27 anni prima, nell' altro le infiammazioni purulente dell'articolazione del gomito che avevano avuto luogo 33 anni prima. Nel 1° caso dovevasi tenere in considerazione quale momento occasionale il mestiere dell' individuo (operaio) per il quale il nervo era stato esposto a stiramenti spesso ripetentesi e, come momento che aveva favorito la malattia, l'alcoolismo. Nel 2° caso si ebbero anche diversi momenti, in primo luogo l' affeziono dell'articolazione del gomito sofferta nella fanciullezza, che aveva leso l' apparato osseo in grado elevato ed aveva portato con ciò entrambi i nervi ulnari all'incarceramento, in secondo luogo il fatto che la donna soffriva spesso di emicrania e che la sua occupazione principale consisteva in cucire ed in lavare.

Riferisce poi un caso di paralisi isolata del mediano, insorta in un ginnasta diciottenne dopo un ballo di parecchie ore coll'articolazione della mano iperflessa, e per la quale, non potendosi trovare altre cause per la produzione della detta paralisi, non rimaneva altra spiegazione che quella del ballo colla posizione accennata della mano.

4. M. Probst. **Sulle vie discendenti dai tubercoli quadrigemini, dal ponte e dal cervelletto.** — Nel fascio di Monakow si contengono fibre ascendenti e discendenti. Le vie che degenerano in senso ascendente sboccano in tutto il nucleo rosso fino alle cellule gangliari site più prossimamente ad esso, le fibre che degenerano in senso discendente possono essere seguite fin nel midollo sacrale. Soltanto in quelle lesioni del talamo ottico, nel quale era anche leso il nucleo rosso, Probst vide degenerare il detto fascetto, come dopo le lesioni isolate del nucleo rosso. Il fascetto di Monakow ha perciò la sua origine nel nucleo rosso e non nel talamo ottico e nei tubercoli quadrigemelli, come ammettono altri autori. È molto interessante il fatto, che dal detto fascetto si possono seguire chiaramente delle fibre che penetrano nel corno antero-laterale del midollo spinale. Gli animali ai quali viene tagliato il fascetto di Monakow, non presentano fenomeni paralitici di sorta. Nelle lesioni dei tubercoli quadrigemini, che si originano in un taglio lineare sagittale attraverso i tubercoli quadrigemini di Monakow degenera il cordone anteriore dei tubercoli quadrigemini.

Oltre al fascetto di Monakow ed al cordone anteriore dei tubercoli quadrigemini, dopo lesioni dei tubercoli quadrigemini anteriori, degenerano in senso discendente anche le fibre del fascetto lungo dorsale; e questa degenerazione discendente si può seguire fin nel midollo lombare.

Nelle lesioni sperimentali dei tubercoli quadrigemini e del ponte, venne tagliata in cinque casi la radice cerebrale discendente del trigemino, e potè venire studiato con esattezza il loro decorso discendente per mezzo della degenerazione isolata delle guaine mieliniche. Probst ha potuto seguire esattamente, dopo il taglio sperimentale della radice cerebrale del trigemino, le fibre di essa, sia nelle lesioni dei tubercoli anteriori come dopo lesioni del ponte, ed è giunto ad alcuni risultati nuovi. Piccole lesioni prodotte nei tubercoli anteriori, là dove stanno l'ultime cellule originarie della radice cerebrale del trigemino, producono una degenerazione discendente delle fibre; dopo il taglio della radice cerebrale del trigemino nella regione posteriore dei tubercoli quadrigemini, si può, per motivi che si capiscono facilmente, vedere la degenerazione in un'estensione maggiore. Le fibre che dopo le lesioni più centrali nei tubercoli quadrigemini anteriori, degenerano in senso discendente, prendono nella formazione della radice cerebrale del trigemino nel ponte la porzione più ventrale.

5. v. Bechterew. **Sulle affezioni della cauda equina.** Vedi pag. 853.

6. Valentini. **Contributo all'infiammazione cronica anchilosante della colonna verte-**

brale e delle articolazioni dell' anca. Vedi numero di domani.

7. Bregmann. **Sull' infiammazione cronica anchilosante della colonna vertebrale.** Vedi numero di domani.

8. Strümpell. **Sulla conoscenza dei riflessi cutanei e tendinei nei malati nervosi.** Vedi numero di domani.

9. Schoenbern. **Contributo casuistico alla dottrina della malattia di Thomsen.** Vedi pag. 859.

10. Sachs e Wiener. **L'eritromelalgia: discussione clinico-anatomica.**—L'eritromelalgia è una malattia rara la cui patogenesi non é ancora sufficientemente illustrata. È dubbio se si tratti di una malattia sui generis o di una sindrome che si manifesti indipendentemente od in connessione con altre malattie (forse di origine centrale). Sachs e Wiener discutono, fondandosi su due proprie osservazioni, se i sintomi dell' eritromelalgia sono di natura centrale o periferica e se si tratti di una malattia nervosa nel senso ampio della parola. Conchiudono che l'eritromelalgia, quantunque non sia una forma morbosa autonoma, si presenta spesso come un gruppo sintomatico indipendente. Nei casi non complicati questo può essere con tutta probabilità riferito ad un'affezione delle arterie periferiche. L'endoarterite obliterante può stare in rapporto indiretto con affezioni centrali, però è permesso supporre anche che ne può essere indipendente. Se si traggono in confronto analoghe sindromi cliniche, specie quelle che si manifestano in seguito ad affezioni cardiache e vasali croniche, è massimamente plausibile che nell'eritromelalgia si tratti più di un'affezione delle arterie che non dei nervi.

11. G. von Voss. **Sulla trombosi autoctona dei seni cerebrali.**—Tutti gli autori ammettono due forme di trombosi dei seni, la forma otitica, secondaria e la forma autoctona, marantica o primitiva. La prima offre difficoltà diagnostiche e sintomatologiche minori; si tratta di un processo infettivo specifico diffuso dall'orecchio medio, ed i fenomeni che si manifestano fanno pensare ad un ascesso cerebrale; alla meningite od alla trombosi dei seni o flebite. Anche dal lato terapeutico recentemente questa forma ha offerto frequentemente campo all'intervento chirurgico. Anche nei 9 casi che pubblica von Voss si desume che la trombosi dei seni autoctona è una sindrome clinica autonoma e può essere per se stessa causa di morte. Fondandosi sulle sue osservazioni egli conchiude che quando in un individuo che da lungo tempo soffre di cachessia, di anemia o di clorosi, si manifesta repentinamente forte cefalea e alterazioni del fondo dell'occhio riferibili a stasi nel territorio della vena centrale della retina o più in alto, si deve ammettere trombosi dei seni cerebrali, se esiste soltanto forte e duratura cefalea, la trombosi dei seni può semplicemente sospettarsi; se alla cefalea si associano sintomi di stasi locale, disordini sensitivi, limitati disordini motori (contrazione, convulsioni o movimenti disordinati o corea) senza modificazione della temperatura e del polso, la diagnosi di trombosi dei seni è probabile.

12. I. Fraenkel e B. Onuf. **Afasia corticale e sottocorticale motrice e suo rapporto con la disartria.**—Tenendo presente il materiale anatomico riferibile a questo argomento, si possono distinguere tre gruppi di afasia, a seconda che la lesione è puramente corticale o puramente sottocorticale oppure tanto corticale che sottocorticale. In quanto ai casi dipendenti da lesioni puramente corticali. bisogna distinguere quelle che hanno sede nel centro di Broca da quelle che oltre questo centro invadono territori corticali vicini, o l'insula di Reil od anche parti diverse della corteccia. I casi di lesioni sottocorticali si distinguono secondo dell'altezza in cui esse hanno sede. I casi di lesioni combinate, si distinguono in quelle che hanno sede nell'insula e quelle che risparmiano l'insula. Fränkel ed Onuf passano in rassegna e discutono tutti questi gruppi di afasia e confermano che la zona corticale di Broca è un centro di coordinazione superiore, in cui sono riaggruppate parecchie delle funzioni o delle innervazioni dei centri che stanno nel piede delle circonvoluzioni centrali, per uno scopo determinato, ossia per la parola articolata.

FORMULARIO

Il tannoformio nell'iperidrosi, nell'eczema, nei papillomi

In polvere:

Tannoformio	ana gr. 30
Polvere d'amido	
Talco finamente polverato	

o come pomata:

Tannoformio	gr. 3-6
Vaselina	» 10
Lanolina	» 20

Nella balano-postite si usa:

Tannoformio	gr. 5
Paraffina bianca solida. . . .	» 5-10
Vaselina liquida	» 85-90

Hager — Contro le punture degli insetti

Olio di oliva	. . ana gr. 15
Ammoniaca	
Olio di trementina	. . » » 1
Tintura d'oppio	

Friziona il punto affetto.

NOTIZIE E VARIETÀ

La peste in Portogallo

Oporto 16. — Nessun caso e nessun decesso.

Oporto, 17. — Nella settimana scorsa vi furono due casi e tre decessi di peste.

Il *Resto del Carlino* intanto scrive:

— Pur troppo le notizie ufficiali non sembrano neanche questa volta improntate alla più scrupolosa verità e la situazione in Portogallo sarebbe assai più triste di quello che non si sappia dalle stereotipate informazioni delle agenzie telegrafiche.

Infatti rileviamo dai giornali francesi che il ministro degli esteri della vicina repubblica ha ricevuto dai medici inviati ad Oporto dall'Istituto Pasteur il seguente dispaccio:

« I casi di peste sono assai più numerosi di quelli indicati dalle statistiche. Noi abbiamo potuto constatare che queste sono incomplete. Abbiamo fatto in due giorni quattro autopsie di soggetti trovati morti senza cure. Il microbo della peste isolato dal sangue é assai virulento ed uccide un topo che ne sia innestato.

« Vi sono all' ospedale tre malati gravemente colpiti, che sono trattati col siero Yersin e l'esperienza procede bene.

« Noi consideriamo ora il cordone sanitario come pericoloso. Non può che produrre la carestia per la popolazione povera e aumentare la peste. Lisbona esige il cordone in modo che sia separata la città di Oporto per delle considerazioni di interesse commerciale e di gelosia fra le due città.

« Gli animi sono eccitati, le autorità locali sono obbligate di far accompagnare dalla truppa i cadaveri ai cimiteri ».

Il *Temps* nel riprodurre tale telegramma scioglie un inno agli esiti brillanti del siero Yersin e per rassicurare i suoi lettori dice che qualora il flagello dovesse apparire sul territorio francese sarebbe vinto dalle inoculazioui del detto siero.

Viceversa i medici delle altre nazioni dichiarano che gli esiti dalle esperienze eseguite sono ben lungi dal persuadere intorno alla efficacia preservativa e curativa del detto siero.

Però, affinche i lettori non siano a dismisura terrorizzati da queste poche liete informazioni aggiungeremo che tutti i sanitari recatisi a studiare i fenomeni della terribile malattia nei paesi infestati, sono concordi nel ritenere che la peste sia per gravità che per estensione, non può in Europa contenersi come nei paesi orientali, ove difettano molti dei metodi igienici in uso presso di noi.

La pulizia e l'igiene sono adunque anche questa volta, come sempre, da indicarsi come gli ottimi fra i preservativi.

Sanità pubblica

La direzione generale di sanità ha telegrafato all'Asinara per avere ulteriori notizie sui due casi sospetti che, secondo il telegramma pubblicato dalla *Tribuna*, si sarebbero verificati a bordo del piroscafo *San Gottardo*.

Dall' Asinara risposero che i due individui sospetti furono immediatamente isolati, ma che il male da cui sono colpiti, si ritiene, non sia peste. A ogni modo vennero prese tutte le misure necessarie perchè il contagio, qualunque ne sia la forma, non abbia a propagarsi.

Roma. — Notizie pervenute dal Lazzaretto della Asinara recano che i passeggieri a bordo dei due vapori *Duchessa di Genova* e *San Gottardo* godono perfetta salute.

I cinque ammalati sono stati isolati ed assistiti da un personale speciale.

Le notizie pervenute poi da tutte le Prefetture del Regno assicurano che la salute pubblica è ottima dappertutto.

Sassari, 18. — All'Asinara, il medico provinciale cav. Michele Alivia ed il medico del lazzaretto, Tansini, misero in dubbio i casi sospetti di peste bubbonica lamentati sul *San Gottardo*.

Il prof. Canalis, inviato del ministero, dopo replicate osservazioni microscopiche, confermò tale giudizio approvando le misure profilattiche adottate.

Il piroscafo *Duchessa di Genova*, inviato all' Asinara per casi sospetti di febbre gialla, constatato lo stato sanitario buono, fu ammesso alla libera pratica.

Roma. — In seguito al Congresso sanitario di Bruxelles, il Consiglio Superiore di Sanità, esaminerà i deliberati di quella conferenza.

I principali fra questi riguardano le malattie celtiche e i mezzi di combatterle.

Roma, 15. — Il prof. Santoliquido, è stato incaricato dal Ministero di disporre perchè a Modane e a Ventimiglia siano istituite due stazioni di osservazione contro la diffusione della peste bubbonica.

L'alcoolismo in Francia

Togliamo da uno scritto del prof. P. Albertoni i seguenti dati:

È certo che, nonostante gli sforzi delle Società di temperanza, nonostante i recenti e solenni congressi, l'alcoolismo fa progressi continui in Francia.

Una pubblicazione ufficiale sulla produzione e consumo dell'alcool in quel paese durante il 1898 lo dimostra chiaramente.

La quantità di alcool ottenuto dai distillatori e nelle fabbriche è stata di 2,336,000 ettolitri con un aumento di 235,000 ettolitri sull' anno precedente. Per meglio apprezzare l'importanza di queste cifre bisogna ricordare che nel 1850 la produzione totale dell'alcool non era che di 940,000 ettolitri; cioè una media di litri 1,46 per abitante. Dieci anni dopo si nota una diminuzione sensibile e la Francia non produce più che 873,000 ettolitri; nel 1870 la cifra della produzione sale a 1,237,000 ettolitri. A datare

dal 1871 la progressione del consumo dell' alcool continua incessante; nel 1878 è di 1,309,000 ettolitri; nel 1887 di 2,005,000 ettolitri; nel 1895 di 2,166,000; e nel 1898 raggiunge 2,412,000 ettolitri, cioè litri 4,72 per abitante. Talché la produzione dell'alcool si è quasi quadruplicata in Francia dal 1850. Di più la produzione indigena non basta ai bisogni dei consumatori e l'importazione dell'alcool è molto aumentata. Nel 1850 la Francia importava 5,555 ettolitri; nel 1898 ha importato 133,980 ettolitri. E a questa cifra riferentesi esclusivamente all'alcool puro bisogna aggiungere l'importazione dell'alcool sotto forma di liquori che da 99 ettolitri è salita a 1370 ettolitri nel 1898. All'incontro l'esportazione dell' alcool in Francia è assai diminuita, e da 284,071 ettolitri, cifra del 1850, è discesa a 25,783 ettolitri.

In altri paesi invece, dove già dominava l'alcoolismo, la scomparsa di questo flagello è andata di pari passo coll'avvenimento di una felicità sociale ben rara ed invidiabile. Ricordiamo per raffronto i paesi scandinavi, donde è venuta la stessa parola « alcoolismo » per denotare l'abuso e l'intossicazione per alcool.

In questi paesi che oggi sono i più felici per civiltà, moderazione, libertà, alta e diffusa coltura e benessere, si è verificata una considerevole diminuzione nel consumo dell' alcool. In Isvezia ogni abitante consumava in media 50 anni fa 64 litri di alcool per anno; ora ne consuma 4 litri: in Norvegia da 16 litri il consumo è ridotto a 2 litri per abitante, e sono inoltre abbandonate tutte le bevande fermentate ed artificiali impure.

Malattie prodotte dalle ostriche

Moore distingue tre forme morbose prodotte dalle ostriche. La prima è una gastro-enterite acuta, simile al cholera nostras, che suole terminare colla guarigione in alcune ore, mediante la eliminazione del veleno dal corpo.

La seconda sarebbe prodotta da speciali ptomaine e darebbe luogo ad una febbre continua specifica, con profondo stato depressivo che dura uno o due settimane, e che talvolta termina con la morte.

La terza, invece, si dovrebbe al vero bacillo di Eberth, e sarebbe una vera febbre tifoide.

GAZZETTINO

MICHIGAN. *Per la tubercolosi.* — Un recente decreto impone ai medici la denunzia dei casi di tubercolosi polmonare, trattando questa malattia alla pari con le altre contagiose. I medici pare che si rifiutino a questa legge.

NEW-YORK. *La scuola medica delle donne.*—La scuola medica annessa all'infermeria delle donne e bambini è stata soppressa giudicando ora sufficienti i mezzi di educazione medica per le donne che offre la città. L'infermeria continuerà a funzionare ed il materiale sarà utilizzato per l'istruzione clinica.

NEW-YORK. *Associazione medica.*—Il XVI Congresso annuale di questa società sarà tenuto nei locali dell'Accademia di medicina di New-York il 24, 25 e 26 ottobre. Tra gli altri temi, si discuterà ampiamente sulla febbre tifoide.

CUBA. *L'eucalyptus contro la malaria.* — E stata ordinata una ricca piantagione di eucalyptus per i siti in cui maggiormente infierisce la malaria.

ILLINOIS. *Un sanatorio per i tisici.*—La società per la profilassi contro la tubercolosi prepara il progetto per un grandioso sanatorio di Stato per i tisici.

SIERRA-LEONE. *La spedizione per la malaria.* — La missione per lo studio della teoria delle zanzare nella malaria, spedita dalla scuola delle malattie tropicali di Liverpool e composta di Ross, Annett e Austen, è arrivata a Sierra Leone.

La commissione ha cominciato ad esaminare le zanzare, di cui studia l'origine, la biologia, l'azione sui diversi animali, ecc.

CANADÀ. *Lega contro la tubercolosi.* — Il dottor Eustachio Meli scrive da Ste Agathe des Monts. (Canadà), che il 13 luglio corrente anno, alla presenza di più di 250 medici, su proposta dei dottori A. J. Richer e R. Wilson è stata costituita la Lega Canadese contro la tubercolosi (Canadium antitubercolar League) ed inaugurato il Laurentian sanatorium, di fronte al quale, al posto d'onore, sventolava anche la bandiera italiana.

Del Laurentian Sanatorium il dott. Eustachio Meli è stato nominato sopraintendente medico.

CANADÀ. *Sanatorii.* — Nella scorsa settimana venne aperto un sanatorio pei tubercolosi a Santa Agata, a circa 70 migliaia al Nord di Moureale nel Canadà. È questo il secondo stabilimento di tal genere che venne costruito in quel paese, poiché già da due anni funziona quello di Gravenhurst nel distretto di Maskoka di Ontario.

CONCORSI E CONDOTTE

S. Donà di Piave. Concorso al posto di medico-chirurgo pei poveri del primo riparto di questo capoluogo. Stipendio annuo L. 3000. Scadenza 12 ottobre 1899.

Monfalcone (Austria). Concorso per medico-chirurgo-ostetrico comunale. Stipendio fiorini 1500 (il fiorino vale L. 2,50 circa). Occorre pratica presso un Ospedale in reparti di malattie interne, ostetricia e chirurgia. Scadenza 30 settembre.

Redattore responsabile Dott. LUIGI FERRANNINI

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo - Via Parlamento 56 — Immacolatella 11-13-14

SOMMARIO

RIVISTA SINTETICA

I riflessi cutanei e tendinei nelle malattie nervose

Lo Strümpell in un suo recente lavoro richiama l'attenzione sui punti più importanti riferibili alla dottrina dei riflessi cutanei e tendinei e specialmente su alcuni fenomeni non ancora sufficientemente apprezzati e che sono capitati sotto la sua osservazione (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde,* Bd 15, H 3, 4, 1899).

Cominciando dai riflessi cutanei lo Strümpell si occupa delle particolarità riguardanti gli stimoli necessari per la produzione dei riflessi. Se si adopera, come generalmente si fa, la puntura con un ago, allora si produce uno stimolo meccanico puntiforme, che agisce su un punto molto circoscritto della cute e quindi su di una o tutt'al più su di poche terminazioni nervose. Come è noto, quando esiste una vivace eccitabilità riflessa, una rapida puntura ossia uno stimolo circoscritto di breve durata produce un forte riflesso che si estende a molti muscoli. Se l'eccitabilità riflessa è debole, si osserva molto spesso (e qui si intende parlare sopratutto dei riflessi cutanei degli arti inferiori nei paraplegici) che il riflesso si ottiene quando lo stimolo perdura un certo tempo. Questo fenomeno va designato come somma di tempo dello stimolo riflesso circoscritto. Possiamo imaginare che lo stimolo persistente apporta sempre nuove onde stimolatrici ad un punto della via riflessa non ancora eccitato, fino al punto che la sua azione raggiunge il grado necessario perchè si abbia il riflesso. Non sappiamo ancora in quale punto della via riflessa abbia luogo per così dire questo ristagno dello stimolo. È probabile che l' ostacolo che deve superare lo stimolo si trovi nel punto di contatto di due neuroni, ossia del sensitivo e del motorio.

La somma di tempo dello stimolo riflesso circoscritto è stata osservata esattamente dallo Strümpell. In un caso di paraplegia per glioma del midollo dorsale, si otteneva il riflesso nelle gambe per lo più dopo 2-3 secondi che lo stimolo agiva, talvolta anche dopo 10-20. Il tempo per cui dura la somma degli stimoli è diverso nei diversi tempi e nei diversi punti in cui vien fatto l'esame. Le zone cutanee anestesiche richiedono un tempo più lungo. In un caso di compressione del midollo dorsale per carie vertebrale, il riflesso si ottenne dopo che lo stimolo durava da 30 secondi. Si comprende perciò che quando si legge nelle storie cliniche che i riflessi cutanei erano aboliti, questa notizia può aver valore solo quando si è tenuto conto sufficiente della somma dello stimolo. Spesso il ritardo nella manifestazione dello stimolo si accompagna a ritardo della sensazione dolorosa per la puntura, vale a dire che la trasmissione dello stimolo al 2° neurone sensitivo richiede pure la somma dello stimolo stesso. Talvolta si ha il riflesso, ma manca la sensazione dolorosa.

Oltre alla somma di tempo dello stimolo, havvi la somma di luogo. Quanto maggiore è il numero dei punti cutanei contemporaneamente od a breve intervallo stimolati, tanto più facilmente si manifesta il riflesso. Anzi alcuni riflessi, come l' addominale ed il cremasterico richiedono, perchè si manifestino, questa somma locale dello stimolo, mentre non ha efficacia la somma di tempo. Molto più efficace è la combinazione della somma locale e della somma di tempo, come si effettua quando si pratica il solletico alla pianta dei piedi od all'ascella.

Un'altra forma di stimolo efficace per la produzione dei riflessi cutanei è il freddo. Applicando un pezzo di ghiaccio od una provetta piena di acqua ghiacciata sulla parte, possono aversi nei paraplegici riflessi vivacissimi, anche quando è abolita la sensibilità per il freddo. Lo stimolo del caldo è invece meno efficace. La pressione è anch'essa capace di provocare i riflessi cutanei; però il riflesso che si ottiene mercè la pressione spesso è effetto, anzichè della semplice stimolazione cutanea, della stimolazione dei tessuti profondi: muscoli, aponevrosi, periostio.

Infine lo Strümpell parla di un' altro fenomeno che egli chiama «contrazione riflessa di apertura». Pungendo la cute dei paraplegici, si può non di rado osservare che la contrazione riflessa si manifesta nel momento in cui si tira via l' ago che era rimasto infisso per un certo tempo nella cute. Del pari adoperando lo stimolo della pressione, quando si aumenta gradatamente la medesima e poi si cessa bruscamente allora si ha il riflesso.

Oltre alla specie dello stimolo ha pure importanza il punto in cui esso viene esercitato, vi sono punti suscettibili e non suscettibili della cute in riguardo alla provocazione dei riflessi. Ogni speciale riflesso può essere provocato solo per via di una zona circoscritta della cute: questa zona vien detta zona riflessogena. Considerando ad esempio l'ordinario riflesso di flessione della gamba, può riguardarsi come zona riflessogena la cute di tutta la gamba fin quasi alla piega dell'inguine; ma non tutti i punti di questa zona sono egualmente sensibili in riguardo alla manifestazione del riflesso: la massima sensibilità si trova nella pianta del piede, mano mano che si va più in su la sensibilità diminuisce, e dippiù la cute della superficie interna ed anteriore della coscia e della gamba è più sensibile per il riflesso della cute della faccia esterna e posteriore. Inoltre il riflesso della gamba provocato dal margine esterno del piede e dalla superficie esterna della gamba è più vivace di quello provocato dal margine interno del piede e dalla superficie interna della gamba. In condizioni patologiche la zona riflessogena può essere più ristretta o più estesa.

Qui merita di essere osservato che l'arto superiore è insensibile per i riflessi cutanei. Quando l'arto è sano, esso presenta fenomeni riflessi sotto l'influenza di stimoli sgradevoli o dolorosi, ma questi riflessi non possono riguardarsi come spinali. Nelle braccia paralizzate i veri riflessi cutanei sono rari e difficili a provocarsi.

Si domanda ora quali rapporti esistono tra l' intensità dello stimolo riflesso e la forza e l'estensione delle contrazioni riflesse. In primo luogo la legge stabilita dai fisiologi, secondo cui i più deboli stimoli provocano le più forti contrazioni riflesse, non vale per l'uomo. Quando l'eccitabilità riflessa è molto aumentata, spesso deboli stimoli dànno luogo alle più vive contrazioni, in modo che in questo caso solo in limiti molto ristretti è possibile ottenere un aumento del riflesso aumentando la forza dello stimolo. Quando l'eccitabilità riflessa è alquanto minore, lo Strümpell ha potuto osservare che stimoli deboli dànno luogo a deboli movimenti riflessi e stimoli forti a vivaci movimenti. Inoltre esiste un rapporto tra la forza dello stimolo ed il numero dei muscoli che entrano in contrazione riflessa e qualche volta in casi patologici il movimento riflesso si osserva anche nel lato del corpo opposto a quello stimolato.

E' anche interessante il rapporto tra il sito dove viene esercitato lo stimolo e la contrazione muscolare che si manifesta. I muscoli che prendono parte al movimento riflesso variano secondo la località dello stimolo. Così lo Strümpell ha osservato che stimolando la pianta del piede o la cute della gamba, si ha flessione di questa in molte paraplegie, mentre stimolando la cute della coscia, si ottiene contrazione di quasi tutti i muscoli della coscia, restando il piede e le dita completamente immobili.

Probabilmente le differenze nel modo di comportarsi dei riflessi cutanei nei paraplegici dipendono in gran parte dalla estensione del focolaio morboso: se alcune vie riflesse sono interrotte, lo stimolo segue altre vie. Entrano in campo anche differenze di eccitabilità, in quanto ora queste, ora quelle cellule sono più facilmente e più fortemente eccitabili.

Infine merita considerazione la forma della contrazione riflessa. I riflessi cutanei danno luogo quasi tutti a contrazioni muscolari toniche.

I riflessi tendinei, sfuggiti alla osservazione dei fisiologi, furono messi in evidenza da due clinici, l'Erb ed il Westphal. I riflessi tendinei sono veri processi riflessi, contrazioni muscolari che si manifestano dietro stimolazione di nervi centripeti con l'intermezzo dell'organo centrale. Non è possibile spiegare le modificazioni dei riflessi tendinei con le modificazioni del tono muscolare. Spesso si trovano associati insieme esagerazione dei riflessi tendinei ed ipertonia dei muscoli od abolizione dei riflessi ed ipotonia muscolare, perchè anche il tono muscolare è di origine riflessa: ma i riflessi tendinei possono essere indipendenti del tono muscolare, tanto vero che è possibile osservare muscoli flaccidi con riflessi tendinei esagerati e viceversa. Mentre intanto è certo che i riflessi tendinei rappresentano veramente dei processi riflessi, essi costituiscono un gruppo speciale che non può essere posto accanto a quello dei riflessi cutanei.

Lo Strümpell ha sempre sospettato che nella produzione del riflesso tendineo entri in giuoco qualche cosa che ancora non conosciamo. E' curioso che i riflessi tendinei debbano prodursi solo in seguito a stimoli meccanici, a scosse o distensioni brevi e rapide. Non si conosce bene il sito dove ha luogo la stimolazione sensitiva. Sternberg afferma che il riflesso non prende origine dal tendine stesso, ma si tratta di una scossa dell'osso, la quale stimola i nervi del periostio e delle estremità articolari. Inoltre la scossa dei tendini si propaga ai muscoli e stimola i nervi muscolari sensitivi. Dimodochè il riflesso tendineo risulterebbe di un riflesso osseo ed uno muscolare. Secondo Sternberg dunque la scossa del tendine non rappresenta l' unico stimolo capace di provocare il riflesso, ma questo può essere prodotto anche dalla semplice scossa del periostio e del muscolo. Questo fatto era stato già osservato clinicamente, in quanto che si è visto che le zone riflessogene tendinee oltrepassano la sede dei rispettivi tendini. E' noto infatti che il riflesso patellare può molto spesso provocarsi da tutta la superficie interna della tibia, ed il riflesso del tendine di Achille dall'aponevrosi plantare. Sternberg nega l'esistenza di riflessi aponevrotici e periostei locali, e crede che si tratti piuttosto di sti-

moli propagati ai muscoli od alle ossa. Invece Strümpell fa osservare che percotendo sull'estremità inferiore delle ossa dell'avambraccio e sull'aponevrosi che vi si collega, si ha una contrazione riflessa di un diverso gruppo muscolare, se per poco si cambia il sito in cui lo stimolo della percussione viene esercitato. Percotendo sulla testa inferiore del radio, d'ordinario si ottiene una contrazione riflessa del lungo supinatore e del bicipite e talvolta anche dei pronatori dell'avambraccio e dei flessori dell'articolazione della mano e delle dita. Percotendo sull'estremità inferiore del cubito, si hanno talvolta le stesse contrazioni riflesse, ma spesso anche contrazioni nel tricipite, deltoide ecc. Se si percuote esattamente su tutta l'articolazione della mano e sul dorso di questa, si resta colpiti dalla diversità dei gruppi muscolari che entrano in contrazione riflessa.

Un argomento molto difficile è quello delle vie che seguono i riflessi. Fino ad ora si ritiene che tanto i riflessi cutanei quanto i tendinei hanno il loro arco riflesso nel midollo spinale e precisamente a livello delle radici posteriori ed anteriori che prendono parte al singolo riflesso, ed inoltre che la cellula motrice spinale rispettiva è sotto l'influenza di fibre inibitrici provenienti dal cervello, la cui distruzione sarebbe causa di esagerazione dei riflessi tendinei e la stimolazione di diminuzione dei medesimi. E siamo costretti a ricorrere a questo schema, se vogliamo darci conto di parecchi fatti che osserviamo giornalmente in Clinica, la quale del pari ci ha aiutato nello stabilire in qual parte del midollo spinale decorrono queste fibre inibitrici dei riflessi. L'esagerazione spesso enorme dei riflessi tendinei nelle affezioni primarie dei cordoni postero-anteriori e nelle lesioni trasverse del midollo spinale fanno ammettere che quelle fibre decorrono nei cordoni laterali, però ben distinte dalle fibre piramidali, perchè si sono osservati casi di notevole esagerazione dei riflessi tendinei senza paralisi nè paresi dei muscoli (pseudo-paralisi spastica di Strümpell).

Intanto fa nascere qualche dubbio sull'antica dottrina dei riflessi spinali, il modo di comportarsi dei medesimi nelle emiplegie cerebrali e nelle paralisi totali da lesione trasversa del midollo cervicale o dorsale superiore. Nell'emiplegia cerebrale per un'affezione a focolaio della capsula interna, noi troviamo quasi sempre forte esagerazione dei riflessi tendinei nel braccio e nella gamba del lato paralizzato, per lo più notevole aumento dei riflessi tendinei anche nell'altro lato e quasi d'ordinario l'indebolimento o la mancanza di un determinato gruppo di riflessi cutanei (riflesso delle pareti addominali, riflesso cremasterico, talvolta anche il corneale ecc.) nel lato paralizzato e qualche volta un indebolimento degli ordinari riflessi cutanei (plantare) nell'arto inferiore. La spiegazione di questo modo opposto di comportarsi dei riflessi cutanei e tendinei non è facile. E' del pari difficile spiegare il fatto tante volte osservato che nelle lesioni trasverse del midollo cervicale o dorsale superiore, si ha paraplegia flaccida con abolizione dei riflessi tendinei (forse in tali casi esiste nello stesso tempo un disordine nutritivo nel midollo lombare a livello dell'arco riflesso). Per queste ragioni possiamo conchiudere che il semplice schema dei riflessi quale ora si ammette non basta a spiegare tutti i casi, e che ci saranno delle condizioni speciali che per ora sfuggono alla nostra osservazione.

LAVORI ORIGINALI

Gabinetto per Malattie nervose ed Elettroterapia in Genova, diretto dal D.r STEFANO PERSONALI

NUOVO CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELL'ERITROMELALGIA

Dottor Stefano Personali

L'eritromelalgia, oggidì, ci si presenta perfettamente delineata nella sua tetrade sintomatica (dolore spasmodico, tumefazione, rossore a chiazze, ipertermia locale), per cui riesce agevole differenziarla dalle molte forme affini.

Alla descrizione fatta da Weir-Mitchell con mano maestra, poco si è aggiunto in seguito; così si sa che il quadro morboso, anzichè limitarsi agli arti, come appunto vorrebbe significare la sua denominazione sintetica, può localizzarsi in regioni diverse della cute ed anche in certi parenchimi (testicolo, mammella).

Non egualmente precise sono le nostre nozioni per ciò che riguarda la natura e la patogenesi del male.

Il concetto di alcuni autori (Weir-Mitchell, Gerhardt, Senator) che fece del quadro morboso una nevrosi vasomotoria autonoma, non ha avuto seguito. Con l'arricchirsi della letteratura di nuovi casi, spiccò sempre più la diversità grandissima nelle condizioni di sviluppo; colpì sopratutto la concomitanza, assai frequente, con altre forme morbose, e sorse il quesito se l'eritromelalgia poteva essere elevata alla dignità di tipo nosografico. La maggioranza grandissima degli autori fa dell'eritromelalgia una sindrome secondaria ad alterazioni di varia natura, localizzate in parti differenti del sistema nervoso centrale e periferico.

Così taluni distinguono forme cerebrali, spinali, periferiche (Leopold-Levi) altri (Benda e Lewin) scindono i casi in tre gruppi distinti a seconda che esiste un'affezione centrale organica o funzionale o un'affezione periferica.

Quanto alla patogenesi, era logico che la natura stessa dei sintomi facesse pensare allo apparato vasomotorio: questo concetto era appoggiato dalla fisiologia, la quale insegna che il centro vasomotore del midollo allungato, sebbene principalissimo, non è solo; ma altri ne esistono sparsi nel cervello (Eulenburg, Landois), nel midollo spinale (Vulpian, Goltz) e nei gangli periferici dei vasi.

Qualunque lesione anatomica o influenza nociva capace di paralizzare questi centri, darebbe origine alla sindrome citata.

Malgrado l'ottimismo generale quest'ipotesi devesi considerare insufficiente, non potendo spiegare il dolore che è parte principalissima nel quadro sintomatico.

Infatti si hanno forme morbose in cui la paralisi vasomotoria è ben più grave (morbo di Basedow) senza che per questo insorgano sintomi nevralgiformi.

Altri, prendendo le mosse dall' esperienza di Loven, il quale con stimolazione intensa dei nervi di senso produsse dilatazione dei vasi nei distretti innervati da essi, spiegano i sintomi vasomotori con paralisi vasomotoria prodotta da disturbi nevralgici, questi per alcuni sarebbero localizzati nei nervi periferici (Rossi, Morgan, Woodnut, Lewin e Benda) per altri (Edinger) nelle radici spinali posteriori.

Ma queste ipotesi ingegnose e vere per un numero ristretto di casi, non possono essere generalizzate.

Come ho detto la natura secondaria della eritromelalgia si era insinuata negli autori per la presenza di altre forme morbose anteriori in sviluppo.

Io fui il primo a dare una prova sperimentale nel campo della patologia.

Prima di me Weir-Mitchell, Grénier Senator avevano accennato all'influenza etiologica che la sifilide può avere, nello sviluppo dell'eritromelalgia. Ma tutto si limitava a dati anamnestici raccolti dai malati. Invece nei casi descritti da me, lo sviluppo degli accessi parallelo ai sintomi sifilitici, e la simultanea scomparsa di essi per l' azione dei specifici, dimostrarono in modo inconfutabile la relazione di causa ad effetto.

Per comodità del lettore li citerò, qui, per sommi capi.

I. Un operaio ferroviario di 26 anni, robusto, senza precedenti ereditari, contrae la sifilide a 20 anni. Questa fu curata con frizioni mercuriali e joduro potassico, ma in modo insufficiente e interrotto. Quattro anni dopo, senza causa apparente, venne assalito da forti dolori nevralgiformi nelle estremità inferiori, con macchie rossastre alle gambe e alle coscie, della grandezza media di uno scudo di argento. I dolori erano violenti, e in certo punto esisteva una vera iperalgesia. Il paziente presentava un'ipertrofia notevole delle ghiandole linfatiche all' inguine e alla regione cervicale; come pure placche mucose alla lingua e alle labbra.

Si intraprese subito una cura con iniezioni mercuriali e somministrazione di joduro potassico fino alla dose di 6 grammi *pro die*. Nel corso della cura gli accessi si fecero sempre più rari e due mesi dopo tutti i sintomi di eritromelalgia erano scomparsi. Due anni più tardi rividi il malato nel quale non si erano più avute manifestazioni sifilitiche nè accessi di eritromelalgia.

II. Signora di 48 anni, senza labe ereditaria nella famiglia, senza precedenti patologici. Passò a nozze a 22 anni e fu infetta di sifilide dal marito.

Sette aborti o parti prematuri di feti morti. L'ottava gravidanza giunse a termine e nacque una bambina, ora fatta donna. Questa presenta segni non dubbi di sifilide ereditaria in forma di una scoliosi molto pronunciata ed ebbe un irite sifilitica, curata con mercuriali. Quanto alla madre soffre di tabe dorsale al periodo atassico. Nel 1892 una notte fu colpita da fortissimi dolori negli arti del lato destro, che per essere continui essa differenziava dai dolori folgoranti della tabe. Contemporaneamente si ebbero macchie rossastre ed edema: la temperatura locale era assai aumentata. Sulla guida del caso precedente intrapresi una cura di frizioni mercuriali, somministrando anche joduro potassico sino a 4 grammi *pro die*.

Dopo 15 frizioni gli accessi diminuirono in intensità, dopo 30 scomparvero completamente. Cessai la cura mercuriale e protrassi per altri due mesi la somministrazione del joduro potassico. Gli accessi di eritromelalgia non si sono più ripetuti e alla distanza di due anni nulla di nuovo si aveva a notare.

Questi casi richiamarono l' attenzione del campo medico e furono riprodotti o citati in periodi diversi da Müller, Silva, Leopold-Levi.

Tre anni or sono ho avuto in cura, un altro di questi casi, al quale non ho dato finora molta pubblicità, perchè desideravа assicurarmi delle conclusioni con un'osservazione di lunga durata. Eccone la storia.

III. Juanita C. è una prostituta spagnuola di anni 26: suo padre alcoolista sfrenato è morto alienato al manicomio di Barcellona. La madre, di pessimi costumi, è morta assassinata dal ganzo.

La paziente non ebbe malattie nell'infanzia: è di carattere impulsivo e presenta tutti i

caratteri antropologici della prostituta descritti dal Lombroso; (fronte stretta, grande sviluppo delle arcate sopraccigliari, naso aquilino e grosso, labbra grosse, grande sviluppo dell'angolo mandibolare, zigomi sporgenti).

Ebbe sviluppo precoce: a 10 anni era mestruata. A 18 anni fu infetta di sifilide per un'ulcera dura sviluppatasi alla forchetta della vagina. Si ebbero in seguito tutti i sintomi secondari: roseola, caduta dei capelli, tubercoli mucosi alle labbra, alla lingua, all'ano ecc. Non fece cura, eludendo la sorveglianza della Polizia: essa si limitò a bere qualche soluzione di joduro di potassio, affatto insufficiente. Nel 1894 venne assalita da cefalea frontale violentissima, che la preoccupò assai. Contemporaneamente ripullularono abbondantissimi i tubercoli mucosi alla lingua e all'ano. Ma ciò che più la spaventò si fu l'apparire ad intervalli variabili da poche ore a qualche giorno, di fortissimi dolori lancinanti nelle estremità inferiori.

Queste presentavano nell'accesso una tumefazione diffusa dal ginocchio ai malleoli, con formazione di placche rossastre di grandezza diversa. La pelle era assai dolente al tatto, nell'accesso. Io diagnosticai l'eritromelalgia e lo ritenni manifestazione dell'infezione celtica.

Intrapresi subito una cura di iniezioni mercuriali giornaliere, più il joduro potassico che spinsi in breve tempo, bene tollerato, fino a sette grammi al giorno.

Si ebbe un miglioramento rapido dei sintomi sifilitici, gli accessi di eritromelalgia diminuivano in numero e in intensità. Ma la paziente di carattere leggero e intollerante, interruppe la cura.

Quattro mesi dopo, i tubercoli mucosi e gli accessi di eritromelalgia ricomparvero; e la paziente, memore del beneficio avuto, ritornò. Si riprese la cura mercuriale e jodurica: le iniezioni, questa volta, furono portate a 80.

La malata guarì perfettamente ed essa stessa mi fece sapere, ripetutamente, che gli accessi non si sono più ripetuti. Essendo, ormai, trascorsi tre anni, ho sufficiente ragione per ammettere una guarigione definitiva.

Nei tre casi descritti è chiara la natura secondaria dell'eritromelalgia: per essa sta una prova sperimentale basata sul criterio *ex-juvantibus*.

Quanto alla sede del male io non credo che sia possibile lo stabilirla. volendo evitare le ipotesi. Non è periferica mancando la localizzazione lungo un nervo o i suoi rami: nè vedo una ragione plausibile per ammettere piuttosto una lesione cerebrale, che spinale o delle radici posteriori. Forse quest'ultima ipotesi potrebbe reggere nel secondo caso, per la presenza di lesioni tabiche.

In attesa di ricerche precise e fortunate che risolvano il problema, io mi limito ad asserire che l'eritromelalgia non è una malattia *sui generis*, ma una sindrome capace di insorgere per alterazioni e cause nocive disparate fra le quali entra la sifilide.

BIBLIOGRAFIA

Weir-Mitchell. *Philadelphia medical Times*. 1872. *American Journal of med. Sciences*. luglio 1876 t. II p. 1.—Gerhardt. *Berliner klinische Wochenschrift* 1892 n. 45. — Senator. *Berliner klinische Wochenschrift* 1892 n. 45.—Leopold-Levi. *La Presse Médicale*. 15 settembre 1897. — Benda e Lewin. *Berliner Klinische Wochenschrift* n. 3. 4. 5. 6. 1894. — Ross. Handbook of the Diseases of the Nervous System. — Morgan *The Lancet* 1889, 5 gennaio p. 11.—Woodnut. *Philadelphia neurological Society*, 20 aprile 1884.— Lewin e Benda. *Berliner klinische Wochenschrift*, n. 3. 4. 5. 6 1894.—Edinger. 65ª Versammlung deutschen Naturforscher und Aertze in Nürnberg 1893. *Neurolog. Centralblatt*, 1893.— Grénier. *Bordeaux médical* 1874.—Senator. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1892 n. 45. — S. Personali. Atti del Congresso internazionale di Roma 1894. — Müller C. *Monatshefte für praktische Dermatologie*. XVIII, Band, 1894. — B. Silva. Traduzione italiana nel Trattato di Medicina di Charcot e Bouchard, pag. 500 Vol. VI parte 2ª.—Leopold-Levi. *La Presse Mèdicale* 15 settembre 1897. — C. Lombroso. La donna prostituta.

RIVISTA DI CLINICHE

OSPEDALE DELLA CHARITÉ DI PARIGI
Prof. Tillaux

Ernie inguinali congenite

Un malato di 21 anni ha sempre goduto buona salute. Suo nonno è morto per ernia strozzata. Quattro anni addietro, dopo uno sforzo talmente violento da costringerlo a letto, compariva un tumore nell'inguine; la dimani il tumore era scomparso, ma ciò avvenne per un po' di tempo, e, meno di due anni dopo l'accidente iniziale, esso discendeva nello scroto. Circa un anno e mezzo addietro egli si accorse della presenza di un secondi tumore situato all'infuori del primo, e della grossezza di una noce, esso aumenta poco a poco do volume.

Esaminando questo uomo, si vide che il suo scroto è pieno da due tumori separati da un solco; il superiore è cilindroide e rappresentato da un grosso salsicciotto, l'altro è ovalare, a grossa estremità inferiore. Il primo tumore è facilmente riducibile; quando l'individuo è coricato esso scompare spontaneamente e completamente o quasi; il suo sviluppo è massimo nella stazione eretta. Non si percepisce gorgoglio riducendo il tumore; però si riscontra come uno sfregamento (*bruissement*), il quale, come si sa, è prodotto dallo sfregare dello epiploon lungo la parete del sacco. Il gorgoglio fu

però rinvenuto dall' Auvray, capo di clinica del Duplay.

Si tratta dunque di un' ernia inguinale entero-epiploica, obliqua esterna.

Il tumore inferiore è ancora più facile a riconoscersi; esso è liscio, renitente, non riducibile; il testicolo è alla parte inferiore; il tumore è trasparente. Si tratta quindi di un idrocele.

In conclusione, questo malato ha visto svilupparsi un idrocele tre anni dopo la comparsa di un'ernia consecutiva ad uno sforzo.

Ma la diagnosi così formulata non è ancora completa: resta a determinarsi un punto importante; la ernia é o non è congenita?

Benchè essa non si sia mostrata che a 17 anni, pure non si può esitare a chiamarla congenita, perchè questo epiteto associato alla parola ernia non significa che questa si sia stabilita fin dalla nascita; la data di comparsa del tumore non é considerata, ma è la persistenza di una lesione congenita anatomica che si vuole indicare.

Questa disposizione congenita é la persistenza del canale peritoneo-vaginale. Nei primi mesi della vita intra-uterina, i testicoli del feto sono situati al di sotto dei reni, lungo la colonna vertebrale; al IX° mese essi sono già nello scroto. Nella sua migrazione il testicolo conduce fino al fondo dello scroto il peritoneo che lo ricopriva producendo il canale vagino-peritoneale. Ulteriormente questo canale si oblitera e si confonde con gli elementi del cordone.

Però le ricerche del Ramonède, fatte sul cadavere, hanno dimostrato che la persistenza totale o parziale del canale vagino-peritoneale é più frequente di quel che non si creda. Egli ha ancora stabilito che questo canale non è nè cilindrico, nè regolare, che presenta dei restringimenti prodotti da certe valvole o diaframmi, con dilatazioni intermedie. Dei tre diaframmi il primo si trova a livello dell'orifizio inferiore ed il secondo all'orifizio esteriore del canale inguinale; il terzo è situato al disopra del testicolo e deve, con la sua occlusione, formare la vaginale.

Queste nozioni anatomiche sono di una importanza capitale; esse fanno ben comprendere il modo di formazione delle cisti del cordone e delle ernie inguinali congenite; si capisce infatti che se nel canale vagino-peritoneale persiste una dilatazione tra due restringimenti, si formerà una cisti per poco che le pareti abbiano conservato il potere di secernere. Quanto all'ernia essa percorrerà tutto il canale a meno che esso non sia obliterato più o meno in alto.

In che cosa le ernie inguinali congenite differiscono dalle altre ernie inguinali? È per i caratteri seguenti: 1° giovinezza del soggetto. Per ciò non si vuol dire che esse sieno l'appannaggio esclusivo dei primi anni; nel malato del Tillaux l' ernia si è mostrata a 17 anni; ma il canale vagino-peritoneale non resta permeabile che durante un certo tempo, in modo che, il primo anno di vita trascorso, le ernie congenite divengono problematiche. 2° Sono delle ernie di forza. Esse non risultano dalla debolezza delle pareti, mentre le ernie acquisite sono ernie di debolezza, dovute al rilasciamento delle pareti addominali. 3° In rapporto stesso al meccanismo di loro produzione esse possono arrivare di un tratto al loro stato definitivo e discendere a livello del testicolo se il canale vagino-peritoneale è assai largo, se le valvole non costituiscono punto un ostacolo sufficiente. 4° Esse cagionano maggior disturbo: la ragione sta indubbiamente nello stato del cordone, gli elementi del quale sono sparpagliati dall'ernia congenita mentre l'ernia acquisita scivola su esso, lasciandolo di dietro.

Quando un' ernia inguinale è strozzata vi ha necessità di sapere se essa sia o non congenita. Lo strozzamento, raro nelle ernie di debolezza, è più frequente nelle ernie di forza, ed è più serrato; esso può stabilirsi fin dal giorno in cui l'ernia si produce.

I dati anatomici, stabiliti dal Ramonède, spiegano molto bene come possa prodursi lo strozzamento nell'ernia inguinale congenita. Può esservi l'isolamento a livello di ciascuna valvola del condotto peritoneo-vaginale o simultaneamente in due o tre di questi punti. Il fatto di due o tre colletti presentati da certe ernie era noto da molto tempo dai chirurgi, ma la spiegazione che se ne dava prima dei lavori del Ramonède era cattiva: il Tillaux pensa che sotto l'influenza di una spinta, di una contrazione, il colletto discendeva ed è ulteriormente sostituito da un altro.

La conoscenza del meccanismo esatto dello strozzamento dell' ernia congenita e del suo grado di strittura spiega gli accidenti che si vedevano sorgere una volta dopo la riduzione, quando il taxis forzato era in onore. Il Gosselin, in ragione della gravità che aveva allora l'operazione dell'ernia, insisteva nei casi di strozzamento serrato sul taxis forzato; ed egli lo faceva perfino praticar da sei mani quando l'ernia resisteva. Essa finiva per rientrare, ma i vomiti continuavano, i fenomeni di strozzamento persistevano, e bisognava allora andare a cercare nel ventre l'ostacolo per toglierlo. Si era ridotto in massa!

Un ultimo punto, forse il più importante a segnalare, é che nell' ernia inguinale congenita la sede dello strozzamento è ordinariamente a livello dello orifizio superiore del canale inguinale; all' orifizio esterno si trova una piccola strittura, ma l' ostacolo reale é più in alto.

L'ammalato del Tillaux, nel quale l'ernia era apparsa a quattro anni, é entrato all'ospedale quindici giorni addietro con fenomeni di strozzamento. L' Auvray fece l'incisione a livello dell'inguine, strato a strato; egli trovò un leggero strozzamento

a livello dell'orifizio inferiore del canale inguinale; poi, mettendo il dito nel sacco, senti più in alto un anello serrato.

Questa è la regola quando è sbrigliato il colletto inguinale esterno e si crede di aver tolto l'ostacolo; si è sorpresi allora di trovare una resistenza invincibile; egli è che lo strozzamento ha sede a cm. 3 al di sopra, a livello dell'orifizio superiore del canale, nel ventre. In questo caso non vi ha che una condotta da seguire: quella dell' Auvray: fare un'incisione parallela all' arcata ed allora si cade sul vero strozzamento. Se non si conosce questa particolarità si fallisce.

Per tornare all' ammalato, quale cura è in lui applicabile? Si è molto discusso sulla cura radicale delle ernie; il Tillaux però consiglia che, allorquando si tratta di un' ernia inguinale congenita l'operazione è sempre utile e necessaria; utile, perchè l'infermo guarisce; necessaria, quando l'ammalato non si trova più nelle condizioni di poter lavorare.

Or siccome l'ammalato del Tillaux rientra in questa categoria, gli si praticherà la cura radicale; mentre si curerà l' idrocele escidendo una parte della vaginale.

Ma nelle altre ernie, quando l'ammalalo è debole giovano di più un bendaggio od anco un sospensorio; poichè, intervenendo; vi sono molte probabilità perchè l'ernia recidivi. (*Le Bulletin mèdical*, n. 73, 16 settembre 1899).

RESOCONTI DI SOCIETÀ E CONGRESSI

XXVIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ FRANCESE PER IL PROGRESSO DELLE SCIENZE

tenuto a Boulogne dal 14 al 21 settembre 1899

I

Bordier. **Cura elettrolitica dei restringimenti in genere e del canale uretrale in ispecie.**—Nella elettrolisi de' tessuti oltre gli effetti ben noti della decomposizione, vi é una azione dei prodotti di decomposizione sui tessuti medesimi, azione lenta che si produce nei giorni che seguono l'esperienza; questa azione, che si può chiamare terziaria, va indebolendosi nelle parti eccentriche dei tessuti a cominciare dall'elettrode, e produce non solo la cauterizzazione, ma una tale perturbazione, che ne segue la regressione dei tessuti. Sul tessuto che viene in contatto coll' elettrode si torma un' escara, la quale dopo un certo numero di giorni si staccherà e si eliminerà; il risultato di questa azione lenta e continua, che apporta una perturbazione profonda nei processi nutritivi dei tessuti, sarà una regressione, una scomparsa lenta e graduale degli strati nei quali si è manifestata una densità elettrica sufficiente. Per i restringimenti della tromba di Eustachio il miglior processo é quello di Duel (New-Jork), il quale si serve di quattro cateteri di rame che vanno dal n. 3 al n. 6 (scala francese), montati su di un filo di cuoio n. 5. L'estremità opposta del catetere è messa in comunicazione col polo negativo. L 'elettrode indifferente è applicato in un punto qualunque del corpo. Per i restringimenti del condotto auditivo esterno è bene servirsi di un elettrode cilindrico od ovoide per agire sulla strittura. Per le stenosi del canale lacrimale è uopo servirsi di aghi metallici, isolandoli alla loro parte fissata al filo conduttore. Nella stenosi esofagea si operi con dolcezza, per la vicinanza di organi importanti, e si adoperi una sonda olivare metallica. Nelle stenosi rettali si adoperino egualmente sonde olivari. Nei restringimenti uretrali bisogna assolut amente abbandonare i processi di sezione brusca; cioé la cosidetta « elettrolisi lineare » eseguita cogli istrumenti di Iordino di Fort, poichè come dice Bazy, ha infallibilmente per conseguenza a breve scadenza, la produzione di una stenosi cicatriziale. Bisogna piuttosto servirsi del metodo lento, utilizzato per la prima volta da Tripier e Mallez, ma invero creato da Newmann. All'uopo bisogna servirsi di cateteri di gomma flessibile su ciascuno dei quali si pone la parte attiva la parte elettrolizzante, che é costituita in un modo speciale. La manovra operatoria è delle più semplici: si passa il catetere che ha dato all'operatore la sensazione di un leggero ostacolo, e l'anello metallico che si trova al di sotto della parte elettrolizzante viene a contatto col punto stenosato. Si fa passare la corrente servendosi di uno reostato a liquido che permette di far variare la corrente senza produrre scosse. Dopo che la corrente ha agito per una diecina di minuti sul primo catetere, si passa alla introduzione di un altro più grosso e si fa come la prima volta. I risultati che si ricavano da questa cura sono eccellenti. Le statistiche di Newmann e di Lynck lo provano. Da una osservazione del Bishop risulta questo fatto che un ammalato operato di due restringimenti l'uno colla elettrolisi lineare e l'altro colla elettrolisi cilindrica, la prima strittura si riprodusse, l' altra guarì perfettamente. Gli effetti terziari della elettrolisi, di cui, in principio, si è detto, impediscono la formazione di tessuto cicatriziale. Nella donna i restringimenti uretrali passano sovente inavvertiti, ma quando si rendono evidenti, bisogna trattarli con i medesimi processi di elettrolisi cilindrica.

Cartar. **Elefantiasi del naso.**—Comunica una osservazione di elefantiasi del naso. L'ammalato divenne un po' maniaco per il fatto di questa deformità, non volle sottoporsi ad una operazione radicale (decorticazione) per la quale necessitava l'anestesia ed il concorso di assistenti. L' oratore allora ricorse ad una serie di cauterizzazioni profonde col galvano-cauterio, in modo da distrug-

gere a poco a poco l'eccedenza voluminosa del tessuto. Le iniezioni e le bagnature di cocaina nel corso dell'operazione soppressero quasi interamente la sensazione dolorosa. Il risultato, senza esser così perfetto come quando si ha la decorticazione, fu discreto; la deformità scomparve, quasi totalmente. Cartar paragona la sua osservazione con quelle publicate da Imbert, Delorme, Civandier e Theulot.

Baratier. **L'infanzia, la scuola e l'igiene nei villaggi.**—Molte cose si oppongono, nei villaggi allo sviluppo normale dei bambini: il poppatoio sostituito al latte materno, il latte raccolto malamente colle mani sporche in recipienti poco puliti, le fasce bagnate d'urina e di materie fecali, malamente lavate e determinanti degli eritemi e delle ulcerazioni; il latte solo in quantità smisurata, producente disturbi digestivi, l'uso precoce del vino, le cure empiriche etc., tutto ciò è causa di sviluppo anormale dei bambini nei villaggi. L'oratore vorrebbe istruire gli abitanti di tali piccoli centri, affinchè i loro figli crescano sani e vigorosi, seguendo i precetti igienici. In quanto alla scuola, l'autore vorrebbe in ciascun villaggio, una scuola modello, improntata alle regole scientifiche.

Movimento biologico universale

1. Colombo studia « **il latte come agente modificatore della pressione del sangue.** » Afferma che il latte ingerito in grandi quantità eleva, anzicchè abbassare, la pressione sanguigna e richiede al cuore ed agli organi respiratori un aumento di lavoro. (*Gazzetta medica di Torino*, n. 36, 7 settembre 1899).

2. Aporti studia « **l'isotonia del sangue nella clorosi prima e dopo la cura ferrugginosa, comparativamente ad altre forme di anemia ed in rapporto alla teoria emolitica.** » Conclude che 1°: Nella clorosi la resistenza minima globulare è diminuita sensibilmente, la media oscilla attorno alle cifre normali; sia l'una che l'altra però non sono di molto inferiori alle resistenze che col metodo dell'isotonia, si determinano nel sangue delle anemie secondarie di varia natura. 2°. Coll'uso del ferro nella clorosi aumenta la resistenza minima; la media, ch'è pressochè normale, si modifica poco o punto. 3ª Se si sospende la cura del ferro, la resistenza minima tende ancora a diminuire sensibilmente. 4°. Questi fatti non ci autorizzano da soli ad ammettere che la clorosi sia una malattia causata e caratterizzata da un'esagerata emolisi. (*La Settimana medica*, n. 37, 16 settembre 1899).

3. William M. James riferisce « **un caso di tetano durato 19 giorni e curato con l'antitossina.** » È un caso di tetano d'origine traumatica, sviluppatosi non ostante la disinfezione della ferita. Per parecchi giorni furono iniettati quotidianamente a parecchie riprese 20-60 cmc. di antitossina. L'ammalato guarì dopo 10 giorni di cura. (*Medical Record* n. 11, 9 settembre 1899).

4. J. William Stickler è riuscito a « **riprodurre la scarlatina con le inoculazioni di muco buccale e faringeo.** » Egli conclude che questo muco assolutamente contiene il contagio della malattia; la profilassi quindi consiste nel disinfettare il più accuratamente possibile queste parti e nel distruggere le secrezioni che ne provengono, le quali, se lasciate essiccare sul pavimento, costituiscono un grande pericolo d'infezione. (*Medical Record* n. 11, 9 settembre 1899).

5. T. N. Kelynack riferisce « **20 casi di endocardite ulcerativa.** » Di essi solo 5 avevano sofferto di reumatismo; 15 avevano segni di lesione valvolare antica. All'autopsia in 10 furono trovate abbondanti vegetazioni, in 10 altri ulcerazioni. Tra le malattie concomitanti vanno notate la pulmonite lobare, la bronco-polmonite, l'emorragia polmonare, la tubercolosi, la cirrosi epatica, l'ulcera duodenale. La milza era ingrossata in 7 casi; in 4 vi era nefrite, in 1 embolismo cerebrale, in 1 leptomeningite settica (*Medical Chronicle* n. 5, agosto 1899).

6. Widowitz a proposito del « **segno di Koplik nel morbillo** » riferisce 16 osservazioni, nella maggior parte delle quali questo segno si ebbe come sintomo prodromico. Il segno di Koplik, come si sa, consiste nella comparsa di macchie bluastre sulla mucosa delle guance, prima della eruzione morbillosa. Widowitz però osserva che non è un segno costante. (*Wiener klinische Wochenschrift*, n. 37, 14 settembre 1899).

7. Jessen, di Amburgo, ritiene che le « **ipertrofie ganglionari cervicali** » che si osservano nei bambini detti scrofolosi sarebbero dovute ad una infezione locale delle amigdale faringee ipertrofizzate. Epperò crede che in questi casi basterebbe asportare le vegetazioni adenoidi (specie le piccole vegetazioni adenoidi molli), per vedere scomparire in breve spazio di tempo le tumefazioni glandolari. (*La Semaine médicale*, n. 38, 6 settembre 1899).

8. Vilcoq porta un « **contributo allo studio della sclerodermia** ». La sclerodermia è una affezione, la natura della quale è ancora discussa L'autore illustra due casi, l'uno di sclerodermia diffusa, con porpora emorragica, seguito da morte, e l'altro di sclerodermia localizzata all'arto inferiore destro. Il joduro di potassio, il massaggio, l'elettricità hanno migliorato lievemente, ma non guarito l'infermo dalla noiosa affezione. (*Archives générales de Médecine*, vol. 2°, n. 3, settembre 1899).

9. Brocard descrive un caso di « **vertigine di Ménière** ». Un individuo di 31 anno, d'un tratto mentre cammina sente nel suo orecchio destro un rumore come di vento violentissimo o come di un treno-lampo che passi, è preso da vertigini, cade a terra, ma non perde la coscienza. Passato la vertigine rimase sordo dall'orecchio destro. I giorni susseguenti si ripeterono le vertigini e continuamente, specie durante il giorno, ha la sensazione di un rumore di treno in marcia. Fu sottoposto alla cura jodica e gli furono applicate delle sanguisughe all'apofisi mastoide. Dopo alquanti giorni guarì. (*Archives générales de médecine*, settembre 1898).

10. Rindfleisch ha provato su sé stesso un « **nuovo metodo di massaggio col mercurio, contro le affezioni gottose della mano** ». Si servì di un recipiente largo 15 centimetri, lo riempì per due terzi di mercurio e vi immerse la mano ammalata. Indi imprimeva una serie di movimenti al liquido (20-30 ogni seduta) in modo che il mercurio coi movimenti di va e vieni, sottometteva la mano ivi immersa ad un vero massaggio. Dopo 4 sedute la tumefazione articolare era scomparsa. (*La Semaine mèdicale*, n. 38, 6 settembre 1899).

NEUROPATOLOGIA

Sull' infiammazione cronica anchilosante della colonna vertebrale

Grazie ai lavori di V. Bechterew e di v. Strümpell l'attenzione dei clinici è stata in questi ultimi tempi richiamata su certe rare affezioni della colonna vertebrale che prima erano descritte come casi di spondilite deformante. Bäumler, P. Marie, Sänger, Schotaloff, Muterer Popoff ed ultimamente Valentini e Bregman (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd 15, H. 3, 4, 1899) hanno pubblicato casi analoghi ed osservazioni interessanti sulla forma morbosa. Nondimeno la casuistica è ancora molto scarsa, permette però fin d'ora secondo Bregman di distinguere questa malattia, che ha ricevuto diverse denominazioni (irrigidimento della colonna vertebrale, infiammazione cronica anchilosante della colonna vertebrale e dell'anca, spondilosi rizomelica), in due varietà. In una il processo morboso si inizia nella colonna lombare e di qui progredisce in alto; la colonna vertebrale si fa molto rigida ed in seguito può manifestarsi una cifosi nella sua porzione più alta. Nell' altra forma il fatto culminante e primitivo è costituito dalla cifosi, mentre la colonna lombare in parte od in tutto conserva la sua mobilità. Strümpell, Marie v. Bechterew hanno fatto rilevare che le articolazioni degli arti inferiori, specie dell'anca, partecipano spesso al processo morboso. I fenomeni di stimolazione o di paralisi da parte delle radici spinali, osservati in alcuni casi di Bechterew, non possono considerarsi costanti. Secondo Valentini, quando si hanno in osservazione casi simili, bisogna fare la diagnosi differenziale tra reumatismo articolare cronico, artrite deformante, spondilosi rizomelica (P. Marie, v. Strümpell) rigidità della colonna vertebrale con nevralgie intercostali (v. Bechterew). P. Marie differenza la spondilosi rizomelica dal reumatismo cronico articolare e dall' artrite deformante perchè nella prima manca la partecipazione delle piccole articolazioni alla malattia. Ma il Valentini fa notare che questa differenza non è costante. Un carattere differenziale più importante è invece questo, che nella spondilosi rizomelica l' unica essenziale conseguenza della malattia è l' anchilosi delle articolazioni colpite; nel reumatismo articolare cronico si viene spesso ad una rigidità delle articolazioni, ma non all'anchilosi completa; la rigidità articolare qui è piuttosto un effetto dell' inattività delle articolazioni dolenti e della tumefazione della capsula articolare; del pari nell'artrite deformante la rigidità articolare è un'evenienza accidentale causata dalla deformazione delle superficie articolari. La spondilosi rizomelica dà luogo dunque ad anchilosi, che comincia nella colonna vertebrale e poi si estende alle articolazioni dell'anca, della spalla e del ginocchio. Le piccole articolazioni quasi sempre sono risparmiate; nei casi vari in cui è colpita una piccola articolazione, anche qui si ha l'anchilosi, gli organi interni, anche il sistema nervoso, rimangono integri. Qui il Valentini fa rilevare che mentre il quadro clinico della spondilosi rizomelica è caratteristico e costante, lo stesso non si può dire di quello descritto con la denominazione di infiammazione cronica anchilosante della colonna vertebrale, poichè i casi pubblicati da Strümpell, Bechterew, Baumler, Beer, Köhler, Mutterer, Gasne presentano differenze nel quadro clinico e sopratutto importa, secondo il Valentini, far rilevare che mentre nella spondilosi rizomelica manca qualsiasi sintomo riferibile al midollo spinale, nella malattia di Bechterew sono state descritte forti nevralgie intercostali con anestesie nel decorso di singoli nervi intercostali, come di compressione od irritazione delle radici spinali. Per Valentini perciò la malattia descritta da P. Marie è diversa da quella di Bechterew anche perchè in quest'ultima le altre articolazioni sono risparmiate.

NOTE DI TERAPIA

Rosenbach. — **Il cloralio nella cura delle dispepsie nervose**

Il cloralio generalmente non si dà mai a titolo di calmante. Ora il Rosenbach ha visto che somministrato alla dose minima di gr. 0,10-0,20 in mezzo bicchiere d'acqua, 1-2 ore dopo ogni pasto, il cloralio calma i disturbi risultanti da certe dispepsie nervose, come le palpitazioni, le aritmie del polso, la flatulenza e le sensazioni angosciose. È bene fare, in tali condizioni una medicazione intermittente. (*La Semaine mèdicale*, n. 39, 13 settembre 1899).

Boas. — **Cura medica delle ragadi anali**

Il Boas ha ottenuto 10 volte su 12 la guarigione delle ragadi anali mediante una semplice cura medica, destinata ad immobilizzare completamente la regione anale. Il paziente deve restare una settimana a letto, alimentandosi durante questo tempo con zuppe leggere e prendendo la tintura d'oppio alla dose di gocce X, tre volte al giorno. Si determina così una costipazione assoluta. Se la ragade è accessibile alla vista, la si spolvera con una sostanza antisettica secca, come il jodoformio, il calomelano, ecc., ma non la si tocchi con la mano, nè con instrumenti o pezzi da medicatura. Bisogna astenersi da qualsiasi lavacro antisettico, che sarebbe piuttosto nocivo che utile. A capo di otto giorni si somministra una forte dose di olio di ricino, raccomandando al paziente di non evacuare se non quando sentirà che le sue feccie siano divenute completamente liquide, e non faccia alcuno sforzo durante l'evacuazione. Spesso la prima evacuazione è indolente e la ragade è guarita. In certi individui occorre, per ottenere questo risultato, ripetere la cura una seconda ed anco una terza volta. (*La Semaine mèdicale*, n. 39, 13 settembre 1899).

FORMULARIO

Baccelli — **Il bromuro di canfora nel gozzo esoftalmico**

Bromuro di canfora . . . centigr. 25
per una cartina.

Si somministri ogni tre ore una cartina.

Redier — **Medicatura calmante per i denti**

Tintura di belzoino	gr.	4
Tintura di estratto di oppio . .	»	2
Cloroformio	»	2
Creosoto	»	2

o:

Tintura di belzoino	gr.	6
Tintura di estratto di oppio . .	»	2
Cloroformio	»	2

Per applicazioni locali nella carie.

NOTIZIE E VARIETA'

La peste bubbonica

Buenos-Ayres, 19 — La peste bubbonica è scoppiata ad Asuncion (Paraguay).

Berlino, 19 — Telegrammi da Costantinopoli annunziano che a Beirut ed a Trebisonda, è scoppiata la peste.

Le stazioni sanitarie di confine

Roma — La direzione generale di sanità sta studiando il modo come mantenere in permanenza le stazioni di osservazione di confine ora istituite come misura di precauzione.

La lieve spesa che s'incontrerebbe verrebbe compensata dall'utilità che ne deriverebbe alla salute pubblica, assoggettando a visita medica le comitive di operai, sia rimpatrianti, sia di transito, che passano per le stazioni di confine.

Che cosa dice il naso?

Una volta quando si parlava di nasi, i modesti eruditi ripetevano i noti versi del Guadagnoli, i quali stabilivano che chi era dotato di buon naso era un uomo di gran cervello; ma gli scienziati sono andati più avanti e la forma del naso è stata per loro sempre argomento di osservazioni profonde.

Recentemente il medico Antonio Mori, ha pubblicato uno studio sui nasi degli italiani. Nientemeno, egli parla di 2696 nasi esaminati, tutti appartenenti a maschi nell'età dai 21 ai 26 anni, e viene a queste conclusioni, le quali non possono non interessare i lettori.

La media lunghezza dei nasi nella Basilicata, Calabria, Veneto, Liguria, Emilia, Campania e Lazio è superiore alla media del regno (43,36); per la larghezza vediamo che la Basilicata, la Campania, la Calabria, l'Emilia, l'Umbria, la Toscana il Lazio, le Puglie e il Veneto hanno un valor medio superiore a quello del regno (33,41); e per rispetto all'indice si ha che in Umbria, Sicilia, Abruzzi, Lazio, Campania, Puglie, Basilicata, Sardegna ed Emilia, la media è superiore a 68,54 media generale del regno.

Nell'*Emporium* di Bergamo il signor A. G. prendendo le mosse dalla detta pubblicazione del dott. Mori, parla d'altri scienziati che si sono fermati a studiare il naso, e fra questi il napoletano Giovanni Battista Della Porta che fino nel 600 trovò fra l'altro che:

Il naso grande dà argomento d'uomo da bene.

Naso molto grande dimostra uomo a cui non piacciono se non le cose sue e disprezza e si burla dell'altrui. Il naso piccolo è d'ingegno servile, ladro e infedele, e a questo proposito il Della Porta aggiunge: « Io lo rassomiglierei alle donne ».

Scusate se è poco!

Il naso diritto dinota poter poco raffrenar la lingua.

Il naso depresso vicino la fronte dimostra stoltizia, imbecillità d'animo e leggerezza di donna.

Il naso trasverso e torto per lo più dimostra animo e mente trasversa.

Il naso, se alla fronte s'innalza, denota uomo da bene, umano e prudente; all'incontro, effeminato e rozzo.

Il naso aquilino dimostra superbia.

Il naso schiacciato è dei libidinosi e adulteri; tale è anche l'opinione di Polemone.

Quelli dal naso delle narici aperte sono forti e possenti a guisa di tori e leoni; coloro che l'hanno ristrette, forsennati.

Ma dopo tutto la scienza fisionomica non è ora di molto progredita dalle ingenuità del Della Porta e infatti uno scrittore moderno inglese si è occupato dei nasi di persone celebri cercando di studiare il profilo di questa umana protuberanza in relazione col carattere o con la gesta dei rispettivi proprietari.

Troppo lungo sarebbe il riportare qui i giudizi di quello scrittore fine di secolo sul naso di Napoleone, su quello di Gladstone, di Milton, di Lojola, di Goethe, di Voltaire, di Socrate, di Platone.... Ci contenteremo del naso della.... Patti.

« Esso indica la tendenza verso il piacere, il godimento, la società, la vivacità, il romanzo. Il carattere di A. Patti include forti gusti artistici, buona potenza di mimica e grande tendenza alla stravaganza e al passionale ».

Quello scrittore londinese discorre anche di molti nasi anormali; citeremo soltanto quello di Tommaso Wedders, vissuto al principio del secolo scorso, avente un naso che misurava 7 pollici e 1|2 di lunghezza. Fu esposto perfino al pubblico nel Yorkshire.

Feminismo universitario in Francia

Il bollettino amministrativo del ministero dell'istruzione pubblica di Francia, pubblica la statistica delle donne che frequentarono nel 1899 le Università francesi.

Il numero delle studentesse inscritte fu di 817, delle quali 548 erano francesi e 258 straniere.

Il numero maggiore di studentesse francesi frequentò le scuole di farmacia.

E aspiranti alla professione di farmacista furono 165; le studentesse in medicina 145; quelle in lettere 149; in scienze 38, ed in diritto 3.

Fra le straniere, le russe preferiscono specialmente lo studio della medicina, e furono 149 quelle che frequentarono questa facoltà aspirando ad ottenere la laurea di dottoresse.

Oltre le russe, si contano nelle Università di Francia studentesse tedesche, olandesi, rumene, bulgare, austriache, inglesi, americane, svizzere e turche. Di queste ultime non ve n'era che una nel 1899 e studiava medicina.

Particolare abbastanza curioso, in nessuna facoltà francese vennero iscritte studentesse spagnuole, italiane, nè portoghesi.

Studio fotografico sugli effluvii umani

Baraduc aveva annunziato che si possono fissare su lastre sensibili delle radiazioni luminose, prodotte da un fluido che sarebbe emesso da un organismo vivente per estremità nervose, nervi periferici ed organi per i sensi.

Icard e Sàpet hanno potuto constatare la realtà dei fatti enunciati da Baraduc, ma esperienze complementari permettono di interpretare questi fenomeni, in una maniera completamente differente. Ecco le esperienze di questi autori.

1. Quando nella completa oscurità si tiene la mano per un 15 minuti al di sopra di una lastra sensibile (lastra Lumière) immersa con la gelatina in basso, in una vaschetta ripiena di una soluzione di idrochinone, si ottiene un'immagine fotografica, che consiste in cinque ombre, a contorni mal definiti, che ricordano grossolanamente la forma delle dita.

Per Baraduc questa immagine risulta dall'azione di fluido vitale sul sale di argento della lastra impressionabile,

2. Icard e Sàpet hanno ripetuta la stessa esperienza con la mano di un cadavere, e si sono messi perfettamente nelle identiche condizioni. Allo sviluppo l'immagine ottenuta è stata esattamente simile a quella che era stata prodotta dalla mano di una persona vivente. Sembra dunque difficile vedere in questo fenomeno la prova del fluido vitale; si può con più probabilità risalire ad una causa fisico-chimica.

GAZZETTINO

PERUGIA, 18. *Il Convitto per gli orfani dei sanitarii.* — Si è inaugurato solennemente il convitto per gli orfani dei sanitari italiani.

Aderirono molte illustrazioni mediche. Si pronunciarono applauditi discorsi, specialmente quello del prof. Casati.

NAPOLI, 18. *L' Esposizione d' igiene.* — Sotto la presidenza del prof. Piutti, coll'intervento dei dottori Schneer, Iappelli, Masullo, Miranda, dell'ingegneri Comencini, Cremona, del comm. Cirio ed altri si riuni, nei locali del « Pro-Napoli » il Comitato ordinatore della Esposizione d'Igiene allo scopo di redigere il manifesto da rivolgere agli espositori e

studiare i modi migliori per raccogliere numerose adesioni.

Venne discussa ampiamente la organizzazione dell'Esposizione e fu deliberata la formazione di sottocomitati nelle varie regioni d'Italia affidandone la presidenza a professori d'igiene e di chimica delle Università, interessando nello stesso tempo le società d'igiene, idrologia ed affini di cooperare alla buona riuscita della Esposizione in Napoli.

Furono anche discusse ed accettate molte domande già pervenute privatamente alla Presidenza e tutto fa credere che assodata la parte finanziaria non mancheranno espositori e molte nuove ed interessanti cose.

CITTADELLA, *Nuovo ospedale.* — A merito della Commissione amministratrice del Pio luogo si ha adesso un vero e proprio ospedale. Il nuovo fabbricato, eretto con fondi in buona parte accumulati dalle precedenti amministrazioni, capace di 90 letti, risponde in tutto e per tutto alle nuove esigenze della scienza.

IMOLA, 17. *Contro la tubercolosi.* — Per iniziativa di alcuni medici del paese, si è tenuta una adunanza di tutti i sanitari del Comune allo scopo di accordarsi sul miglior modo onde seguire praticamente il movimento, già iniziatosi in Italia, contro la tubercolosi.

Presiedeva il prof. Luigi Sabbatani che ha fatto una ampia relazione sull'importante argomento e dopo si è votato all'unanimità un ordine del giorno invitante il Sindaco a prendere a cuore la soluzione del problema; poi è stata nominata una commissione nelle persone del chirurgo primario dottor Amour, dell'ufficiale sanitario dott. Orsini e dei signori medici Andalò, Baroncini. Buscoroli, Cenni, Lesi con incarico di aggregarsi quanti crederà opportuno onde avvisare ai migliori modi per l'attuazione pratica dei sanatori, mettendosi d'accordo, oltre che colle autorità e cogli Enti locali, anche col Comitato centrale della Lega nazionale, pur conservando la propria autonomia.

PERUGIA, 18. *Contro la tubercolosi.*—Il Comitato umbro per la lega contro la tubercolosi ha discusso sulla efficacia delle leghe e sulle condizioni dell'Umbria in rapporto alla tubercolosi. Domani si riunirà per la costituzione delle sezioni.

HARVARD. *Istituti di medicina.*—In questa Università si fonderà un collegio di medicina comparata.

MOSCA. *Università femminile.*—Il sig. Astrahoff morendo lasciò un milione di rubli per la fondazione di un'università per donne comprendente la facoltà di medicina, scienze naturali e matematica. Il governo di Mosca ha votato un annuo sussidio di 3000 rubli per questa istituzione.

PARIGI. *Statistica sanitaria.*—L'ufficio di statistica municipale ha notato dal 27 agosto al 2 settembre 919 decessi, cifra inferiore a quella della settimana precedente (1019). Lo stato sanitario é dunque soddisfacente. La tifoide ha dato 20 decessi, la roseola 19, la scarlattina 3, la pertosse 2, la difterite 5. La diarrea infantile presenta una forte diminuzione. Essa ha causato 94 decessi. Si sono avuti 8 suicidi e 27 morti violenti.

PARIGI. *Premio Lucaze.*—La Facoltà di medicina ha assegnato al prof. Widal questo premio destinato alla migliore contribuzione per lo studio della febbre tifoide.

BERLINO. *Per le malattie tropicali.* — Si è concretato il piano di un istituto per lo studio dell'igiene e della patologia tropicale. Ne sarà direttore il prof. Koch.

VIENNA, 14. *Il prof. Störk.* — Il celebre laringogolo e professore all'Università di Vienna, Störk, è morto a 67 anni.

NORIMBERGA, 13. *Congresso igienista.*—Oggi fu inaugurato il Congresso della Società tedesca per l'igiene pubblica; al Congresso sono intervenuti numerosi igienisti germanici, austriaci, svizzeri e russi.

VIENNA. *Congresso internazionale per gli interessi della classe medica.*—I principali temi che saranno discussi in questo congresso, che sarà tenuto nel prossimo anno a Parigi sono i seguenti: Principii fondamentali della deontologia medica. Mutuo soccorso e fratellanza medica. Organizzazione e vantaggi delle camere mediche. Rapporto del medico colle grandi Società. Organizzazione dei club medici Ungheresi.

VIENNA. *Statistica.*—Dal 27 agosto al 2 settembre sono stati ricevuti negli ospedali civili di Vienna 5544 persone. Di questi 1216 sono stati licenziate e 167 morirono (12, 06 0[0). Inoltre sono state denunziati i seguenti casi di malattie infettive: difterite 41 casi, tifo addominale 8, dissenteria 2, varicella 5, scarlattina 27, morbillo 49, pertosse 31, erisipela 21, febbre puerperale 2. Nella settimana suddetta in tutta la città di Vienna morirono 585 persone.

VIENNA. *Decreti ministeriali.*—Il ministero dell'interno ha stabilito che alcuni farmaci, come l'aloé e l'acido ossalico, pur non essendo veleni nel senso della ministeriale del 21 aprile 1876, non possono esser venduti dai droghieri, ma solo dai farmacisti e dietro prescrizione medica.

BOLLETTINO BIBLIOGRAFICO

Memorie pervenute in dono al Prof. G. Rummo—Palermo

1. G. Padoa. Sul diverso modo di agire della tossina tifica e della difterica a seconda che siano iniettate nella vena porta o nella vena giugulare. Estratto della *Riforma medica* 1899.

2. B. Grassi. Le recenti scoperte sulla malaria esposte in forma popolare. Estratto dalla *Rivista di scienze biologiche* 1899.

Redattore responsabile Dott. Luigi Ferrannini

Stab. Tip. « *Riforma Medica* » Fratelli Marsala
Palermo-Via Parlamento 56-Via Immacolatella 11, 13, 14